

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALIUCHIS BARBARA CARRENO LAZO**

**ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL ASSOCIADA À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA 1, MUNICÍPIO DE INHAPI, ALAGOAS: Projeto  
de intervenção**

**MACEIO/ALAGOAS**

**2015**

**ALIUCHIS BARBARA CARRENO LAZO**

**ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL ASSOCIADA À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA 1, MUNICÍPIO DE INHAPI, ALAGOAS: Projeto  
de intervenção**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Lourani Oliveira dos Santos Correia.

**MACEIO/ALAGOAS**

**2015**



**ALIUCHIS BARBARA CARRENO LAZO**

**ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL ASSOCIADA À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA 1, MUNICÍPIO DE INHAPI, ALAGOAS: Projeto  
de intervenção**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profª Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia

Examinador 2: Profª Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de setembro de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico meu trabalho para toda minha família e amigos que me apoiaram na sua realização.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, pela graça alcançada.

Ao povo de Brasil, em especial meus pacientes, que com sua contribuição ajudaram para o desenvolvimento do meu trabalho.

A todos os meus colegas de trabalho, pela força e solidariedade.

À minha orientadora, que com a sua experiência me levou a conclusão do mesmo.

*“Tudo é considerado impossível até acontecer”.*

(Nelson Mandela)

## RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial; caracteriza-se por ser uma doença crônica, silenciosa, de grande prevalência na população que requer grande atenção devido ao seu potencial de gerar complicações. Um sistema de saúde organizado apresenta boa capacidade de enfrentamento desta problemática. A cidade de Inhapi-Al apresenta alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial que a despeito do tratamento farmacológico adequado não controlam a cifras de tensão arterial, devido aos maus hábitos de vida e alimentação. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi elaborar um Projeto de Intervenção sobre hábitos alimentares associados à hipertensão arterial no intuito de melhorar o controle e reduzir a incidência de hipertensão entre a população da área de abrangência da equipe. Foram selecionados do universo de pacientes o total de hipertensos cadastrados na área. Realizaram-se orientações sobre alimentação saudável utilizando diferentes técnicas educativas e o acompanhamento dos pacientes para o controle da hipertensão foi realizado durante as consultas e visitas domiciliares apoiando-se na participação de todos os membros da equipe. O desenvolvimento do Plano de Intervenção baseou-se no Método de Planejamento Estratégico Situacional e na revisão da literatura realizada na BVS, LILACS e SCIELO cuja localização de artigos, teses, dissertações e documentos técnicos se deu a partir das palavras-chaves: Hipertensão arterial, estilo de vida, alimentação e maus hábitos alimentares. A maior compreensão sobre a hipertensão arterial, a necessidade de capacitação da equipe e sua efetiva participação, a estruturação do processo de trabalho e o enfrentamento de outros nós críticos, foi necessário para que o projeto seja realizado com êxito, ou seja, obter, a diminuição das cifras pressóricas dos pacientes hipertensos.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Estilo de vida. Alimentação.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a disease basically detectable through blood pressure measurement; is characterized as a chronic, silent, high prevalence in the population that requires great attention because of its potential to generate complications. A health system organized has good coping ability of this problem. The city of Inhapi-AL has a high prevalence of patients with hypertension that despite appropriate pharmacological treatment does not control the numbers of blood pressure due to bad lifestyle habits and food. Thus, the objective was to prepare an intervention project about eating habits associated with high blood pressure in order to improve control and reduce the incidence of hypertension among the population of the team's coverage area. We selected the patients universe full of hypertensive registered in the area. There were healthy eating guidelines on using different educational techniques and monitoring of patients for hypertension control was carried out during the consultations and home visits relying on the participation of all team members. The development of the Intervention Plan was based on the Situational Strategic Planning Method and literature held in VHL LILACS and SCIELO whose location of articles, theses, dissertations and technical documents took place from Keywords: Hypertension, Lifestyle, diet and poor nutrition habits. A greater understanding of high blood pressure, the need for training of staff and their effective participation, structuring the work process and facing other critical nodes, it was necessary for the project to be successful, ie obtain the decrease figures of blood pressure of hypertensive patients.

**Keywords:** Hypertension. Lifestyle. Nutrition.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
ESF	Equipe Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Operações sobre os “nós” críticos relacionado ao problema alimentação não saudável associada à hipertensão arterial na ESF 1.....	33
Quadro 2 - Identificação dos recursos críticos das operações sobre os “nós” críticos relacionado ao problema alimentação não saudável associada à hipertensão arterial na ESF 1.....	37
Quadro 3 - Análises da viabilidade do plano segundo o projeto, recursos críticos e seu controle, atores e ações/estratégicas das operações sobre os “nós” críticos relacionado ao problema alimentação não saudável associada à hipertensão arterial na ESF 1 .....	38
Quadro 4 - Plano Operativo das operações sobre os “nós” críticos relacionado ao problema alimentação não saudável associada à hipertensão arterial na ESF 1 .....	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>28</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.33</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Inhapi localiza-se a 285 km de Maceió, capital do estado de Alagoas. Ocupa uma área de 377 Km<sup>2</sup> de território e uma densidade demográfica de 47,85 hab/km<sup>2</sup> tendo como limítrofes os municípios de: Mata Grande, Canapi, Senador Rui Palmeira, Piranhas e Água Branca. Seu bioma predominante é a caatinga e o gentílico é o inhapiense (IBGE, 2013).

Há relatos históricos de que a cidade de Inhapi era chamada de Sítio Roçado e pertencia à Cidade de Mata Grande. Atualmente é conhecida como "Terra do Carro de Boi" por ter o maior encontro de Carros de Bois do nordeste, chegando a reunir mais de 350 carros na festa que é realizada todo o mês de julho (IBGE, 2010).

O nome do município é de origem indígena. Quando o município ainda não era povoado existia um lugar de pedra chamada de "lajedo" na Lagoa Inhapi. Este lajedo era cheio de locas e nelas, quando chovia, se acumulava água da chuva. Há indícios de que nesse local viveram índios vez que nas pedras existiam símbolos escritos.

O Sr. Valfredo Lisboa prudente Guerra, já falecido, grande comerciante, tinha conhecimento da língua indígena e de Geografia. Ele fez a leitura dos símbolos e descobriu que os índios chamavam Inha: de água e Pi: de pedra e assim se originou Inhapi, que segundo a tradição local e de alguns historiadores, significa "buraco na pedra", nome este relacionado a "Lagoa Inhapi" que tem como característica "Água sobre Pedra" (IBGE, 2010).

Na sua formação administrativa foi elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Inhapi, por meio da Lei estadual nº 2.460, de 22 de agosto de 1962, sendo então desmembrado de Mata Grande. Encravado no sertão Alagoano, Inhapi é um dos mais recentes municípios de Alagoas em termos de povoamento, tendo sua 1ª residência erguida em 1902 (IBGE, 2010).

O município está inserido na unidade geo-ambiental do Planalto da Borborema, formada por maciços e outeiros altos, com altitude variando entre 650 a 1.000 metros. Ocupa uma área de arco que se estende do sul de Alagoas até o Rio Grande do Norte. Insere-se na bacia hidrográfica do Rio São Francisco, sendo banhada pela sub-bacia do Rio Ribeira do Capiá, que o limita a Sergipe (SE). O padrão de drenagem predominante é o pinado, uma variação do dendrítico (IBGE, 2010).

De acordo com o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) a população total residente é de 17.898 habitantes dos quais 8.811 são do sexo feminino e 9.087 do sexo masculino. Na área urbana residem 6.699 habitantes o que corresponde a 37,42% da população e na área rural são 11.199, ou seja, 62,57% da população. Essa maior concentração populacional na zona rural pode ser justificada pelo aspecto cultural, social e econômico do município que detém grande parte de sua economia por meio da agropecuária. Convém destacar que observou-se crescimento da população entre os censos de 2000 e 2010 (IBGE, 2010; ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

Quanto à estrutura etária da população, observa-se que a população masculina e feminina é bastante equilibrada. Embora haja em quase todas as faixas etárias um maior número de mulheres nota-se que a maior parte da população concentra-se na faixa etária de 20 a 59 anos (44,05%) predominando maior número de pessoas entre 20 anos a 39 anos (63,05%).

Em relação aos aspectos sócio-econômicos destaca-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o mais baixo do estado de Alagoas: 0,484, com um indicador de longevidade (saúde) de 0,718, de renda 0,501 e educação 0,316. (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

A prefeitura Municipal de Inhapi atende a Lei nº 11.445/2007, buscando a universalização de saneamento básico para a população mais não desenvolve o plano municipal de saneamento básico adequado, o saneamento básico do município tem condições precárias; poucas famílias tem abastecimento de água por rede pública só as que moram no centro da cidade; não existem redes de eliminação de esgotos, as poucas que existem estão em muito mal estado e drenam para as ruas.

Quanto à escolaridade a taxa de conclusão no ensino fundamental entre 1991 e 2010 foi de 69%. Entretanto só 2% cursaram o ensino médio e 34% o ensino pré-escolar. Apenas 37,45% da população é alfabetizada. Nesse contexto, em 2010, o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos foi de 73,85% (IBGE, 2010; SIAB, 2013).

Quanto à cultura e religião os antepassados são descendentes de portugueses, espanhóis, negros e indígenas. Como sua emancipação foi em 1962, há uma mistura em seus costumes e hábitos. Com relação às religiões, por

influência portuguesa, há mais adeptos a religião católica que as outras manifestações religiosas (IBGE, 2010).

O desenvolvimento econômico é fundamentalmente agropecuário onde de acordo com o IBGE (2010), a atividade pecuária do município é contabilizada de acordo com a quantidade de: asininos, bovinos, caprinos, equinos, galinhas, galos, frangas, frangos, pintos, leite, muar, ovinos, ovos de galinha, suínos e vacas ordenhadas. A atividade agrícola consiste no cultivo de algodão herbáceo, feijão, mamona, mandioca e milho.

A principal fonte de emprego é o comércio. Atualmente, houve geração de muitos empregos com a construção do canal do rio São Francisco, obra mais importante do território alagoano.

Como órgão de desenvolvimento e promoção social, a Secretaria Municipal de Saúde, a qual integra a administração direta da prefeitura Municipal, tem por finalidade o planejamento, a coordenação e a gestão dos serviços de saúde no âmbito do Município.

Assim, pode-se dizer que com relação aos recursos da comunidade, ainda existem dificuldades na área de saúde: não temos hospitais e clínicas; ademais, não contamos com diagnósticos médicos no território, apenas laboratório clínico sem serviços de urgência. Existem cinco equipes de saúde que oferecem atenção à população. Só duas equipes têm médico com carga horária de 40 horas semanais, incluindo oito horas de autopreparação no curso de especialização de medicina familiar. Estes dois médicos pertencem ao Programa Mais Médico. Os demais médicos integrantes das outras equipes trabalham com frequência parcial. As equipes são completas e têm todos os profissionais estabelecidos para atenção básica.

O sistema local de saúde tem além de uma Academia de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um Núcleo de Apoio a Saúde a Família (NASF); uma casa maternal, que funciona em regime de plantão por parte dos profissionais, brindando-se atenção às urgências. Complementa-se o programa da saúde familiar com a saúde bucal onde cada equipe tem um consultório odontológico para atendimento a população. O sistema de referência é atendido por quatro municípios: Santana do Ipanema, Arapiraca, Palmeira dos Índios e Maceió, todos no estado de Alagoas. Ainda temos dificuldades com a contra referencia, embora exista boa relação dos profissionais com as outras especialidades, não se cumpre a

comunicação com outros níveis de atendimento. No município também há serviço de ambulâncias.

Pode-se dizer que o Conselho Municipal de Saúde (CMS), vem se estruturando gradativamente e adquirindo experiências em busca de ações e instrumentos para acionar de maneira positiva nas dificuldades existentes e lograr o desempenho de suas principais atribuições legais e políticas, atuando na formulação de estratégias da política de saúde e no controle social da execução da mesma.

Os outros recursos da comunidade são: duas clínicas odontológicas; uma clínica privada; um laboratório privado com contrato com a prefeitura; duas óticas privadas; igreja católica; biblioteca pública; correios; uma sala de fisioterapia; sete escolas; várias igrejas evangélicas; uma agência bancaria e uma de turismo.

Quase 100% das famílias dispõem de energia elétrica (SIAB, 2013). A comunidade é coberta por serviços de telefonia, e a *internet* está se expandindo em toda a extensão do município. Os meios de comunicação são o telefone móvel, televisão, *internet* e rádio. Os meios de transporte mais utilizados são as motocicletas e automóveis.

Pode-se observar que o levantamento e estudo dos dados sociais, demográficos e econômicos se constituem em fontes necessárias e de referência obrigatória para profissionais das áreas da saúde, áreas sociais, e gestores das diversas esferas da administração pública, bem como para todos aqueles que podem contribuir com a promoção e a equidade da saúde. Pois, é por meio da atuação sobre os determinantes sociais, os quais devem ser transformados pela ação humana, que é possível se obter a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. Diante dessa premissa apresenta-se a seguir informações referentes à unidade de saúde que será objeto da intervenção proposta neste trabalho.

A população da área de abrangência da equipe Estratégia de Saúde da Família 1 tem uma cobertura de cadastramento e atendimento de 100%. A unidade de saúde está em processo de reforma e ampliação. Nela são desenvolvidos os programas preconizados pelo Ministério da Saúde. A Unidade conta com os seguintes profissionais: pediatra, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social, cardiologista, ginecologista, dentista, ortopedista, dermatologista, angiologista, ultrassonografista, entre outros. O atendimento destes profissionais é realizado uma vez por semana ou fazendo revezamento; trabalham

poucas horas por dia, salvo os profissionais que compõem a equipe que cumprem as horas determinadas pelo Ministério de Saúde, como por exemplo, os do Programa Mais Médicos.

Conhecer a comunidade é o passo mais importante para a equipe da saúde da família. Os residentes da zona de abrangência da minha equipe desenvolveram um trabalho que priorizou olhar as características e ouvir as necessidades biológicas, psicológicas e sociais, incluindo, convivências, alimentação, hábitos, etc. envolvendo seus moradores e não apenas falando sobre eles, tendo em vista que as necessidades que a equipe identifica como prioridade nem sempre é a real necessidade de seus pacientes, nem tampouco a que pode ter solução pela falta de recursos E por meio desse trabalho os moradores tiveram voz.

A ESF é constituída por um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, um assistente odontológico, um dentista, 10 agentes comunitário de saúde, um técnico de saúde bucal, uma médica, dois recepcionistas e um auxiliar geral.

A equipe atende 1.115 famílias, perfazendo um total de 3.799 indivíduos. Ao analisar a distribuição por sexo e idade, no consolidado de famílias cadastradas, observou-se que predomina a faixa etária de 20-39 anos, com 1.084 pessoas, seguidas da população com idade entre 10-14 anos (465), 15-19 anos (432) e idosos (431), caracterizando-se como uma população jovem. Há uma ligeira predominância do sexo feminino (1.986 pessoas) em relação ao masculino (1.813 pessoas). Toda a população da área de abrangência pertence à zona urbana do município.

Cabe destacar que além do aspecto da população jovem ser maior que a de idosos, observou-se um elevado número de doenças crônicas, predominando a hipertensão arterial. Este fato se constitui num problema de saúde pública tendo em vista que as doenças crônicas não transmissíveis precisam ter um bom acompanhamento.

O perfil socioeconômico revelou que a principal atividade de rendimento comunitário utilizado pelos habitantes da zona urbana é o comércio. Parte da população imigra para a zona rural para trabalhar na agricultura e pecuária, a qual se apresenta em condições muito difíceis em períodos de seca. Outra parte da população imigra a cidades mais prósperas como São Paulo, Rio de Janeiro, Maceió, Paulo Afonso entre outras.

A população alimenta-se principalmente de carnes e comidas em conservas, com muitas gorduras e bastante salgadas, adquiridas no comércio local. Não tem hábito de ingerir frutas nem vegetais. O alto preço destes alimentos no mercado também dificulta sua compra, vez que a população é muito carente. Verificou-se também um uso excessivo de temperos nas comidas, ingestão de refrigerantes com corantes industriais (principalmente a Coca-Cola) e preferência por comer massas ou macarrão.

Os meios de comunicação mais utilizados pela população adscrita são a telefonia móvel e fixa *internet* e televisão. Existem sete escolas na área de abrangência, várias igrejas evangélicas e uma católica.

Quanto aos aspectos relacionados à educação identificou-se que 65,59% (515) dos indivíduos na faixa etária de 7 a 14 anos e 73,6% (1.877) com 15 anos ou mais frequentam a escola (SIAB, 2013). Estes dados apontam para pessoas sem alfabetização e sem frequentar a escola mesmo tendo idade para estudar. Constatou-se uma rede de ensino com cobertura e uma infraestrutura adequada para a cidade, mas que não é bem aproveitada pela população.

Constata-se que as condições de abastecimento de água ainda precisam ser melhoradas, pois 86,01% das famílias utilizam água proveniente da rede pública; 3,59% consomem água de poço ou nascente e, 10,40% água de rios e proveniente de carros pipas. Quanto ao tratamento da água no domicílio 5,56% realizam a filtração, 85,56% utilizam cloro e 8,43% fazem uso de água sem nenhum tipo de tratamento.

As condições de saneamento ambiental também são inadequadas. Só 0,54% das famílias utilizam o sistema de esgoto para o destino de fezes e urina; 96,59% usam a fossa como destino, eliminando os esgotos nas ruas, e 2,87% os destina a céu aberto. Quase a totalidade das famílias (94,8%) beneficia-se com a coleta pública do lixo a qual é realizada diariamente e destino correto. Ainda há um pequeno percentual da população que queima e enterra o lixo (2,51%) ou que o eliminam a céu aberto (SIAB, 2013).

Esses dados chamam muito a atenção da equipe para as ações a serem desenvolvidas, pelos perigos que representam para a saúde de todas as pessoas expostas, o destino das fezes e urina a céu aberto, a ausência de sistema de esgoto adequado para sua eliminação, o consumo de água sem filtrar e o depósito do lixo a céu aberto.

A análise das características setoriais do território quanto ao tipo de casa ou habitação, revela que o maior número de famílias 1.114 (99,91%) dispõe de residências construídas com tijolos e ou adobe (SIAB, 2013). O tipo de construção obedece geralmente às características e o potencial de recursos naturais existentes e explorados em cada local com fácil acesso ao material convencional que permite à construção de habitação a base de material adequado.

Em relação à segurança, conta-se com uma unidade da polícia e utilização de policiais para a vigilância noturna e luta contra a delinquência, que de maneira irregular, manifesta-se na população atendida. Em geral, o relacionamento entre os cidadãos pode ser considerado bom. Os meios de transportes utilizados são motocicletas, transporte privado, carros próprios, cavalos, entre outros.

Cumprir destacar que o levantamento de problemas realizado junto a comunidade permitiu identificar que embora exista uma rede de atenção básica a mesma não funciona de forma adequada sendo que a maior dificuldade encontrada é a referência e contra referência. Existe um número limitado de ofertas de serviços especializados o que ocasiona diminuição do acesso aos serviços de saúde, condicionado pela falta de equipamentos e a baixa ou escassa qualificação dos recursos humanos. A demora em realizar consultas com especialistas é muito desgastante, bem como para fazer estudos diagnósticos especializados de tecnologia avançada, como por exemplo, endoscopias, ressonâncias e tomografias computadorizadas pelo fato dos mesmos não existirem na cidade. Conta-se com uma só equipe de ultrassonografia o que torna a lista de espera longa e demorada.

Do ponto de vista epidemiológico as infecções respiratórias agudas, as infecções e/ou doenças sexualmente transmissíveis e as diarreias são as doenças mais frequentes, aumentando a demanda de serviços de saúde principalmente no período chuvoso, além que acredito que contasse com um sob registro de casos reportados de doenças transmissíveis hídricas e respiratórias, pelo fato que em pouco tempo de trabalho temos certeza que muitos pacientes têm atendimento para as doenças já mencionadas

Entre outros problemas de saúde da população destacam-se às doenças crônicas conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis da área de abrangência da ESF 1 foi de 241 casos (6,34%) de hipertensão arterial; 60 casos

(1,58%) de diabetes mellitus; 19 casos (0,50%) de epilepsia e 11 casos (0,29%) de alcoolismo (SIAB, 2013).

Percebeu-se no cotidiano de trabalho que existe um grande desconhecimento da população sobre os fatores de riscos para a hipertensão o que dificulta a prevenção e o tratamento. Para os pacientes só é importante fazer o tratamento medicamentoso e muitos desconhecem que também existe o tratamento não medicamentoso, e que as condições e estilo de vida como a alimentação influenciam na elevação das cifras pressóricas.

Diante do exposto, o tema escolhido para ser abordado foi os maus hábitos alimentares da população associado ao alto índice de hipertensos diagnosticados na área de abrangência da ESF 1.

No entanto, é importante destacar que a consecução de mudanças de hábitos alimentares pode ser lenta e, na maioria das vezes demorada, pelo fato de serem medidas educativas, que necessitam continuidade em sua implementação.

## 2 JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde estima a prevalência de diabetes em uma população acima de 40 anos é de 11%. Segundo dados do SIAB (2013), e a prevalência na ESF 1 foi 2,26%. Esse fato nos leva a crer que pode haver casos sem ser diagnosticado o que torna necessário a realização de busca ativa para identificação dos mesmos. A mesma situação pode estar ocorrendo com a hipertensão arterial, pois a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) estima uma prevalência entre 22 a 43% da população adulta, e os dados encontrados na área de abrangência foram de 9,3%. No entanto, embora os percentuais observados estejam inferiores as prevalências estimadas, a hipertensão arterial é o principal problema de saúde observado na população da ESF 1.

A elevação da pressão arterial no Brasil deve-se ao estilo de vida encontrado entre as famílias brasileiras em que há uma participação crescente de gorduras em geral, gorduras de origem animal, e alimentos industrializados ricos em açúcar e sódio (WILLIAMS, 2010). As pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) no Brasil indicam o alto consumo de gorduras, açúcar e sódio pela população, além das gorduras devido ao elevado consumo de carnes que são ricas em colesterol (WHO, 2003). As gorduras trans constituem alimentos industrializados presentes nos *fast food* (biscoitos, margarinas, manteigas, etc.), cujo consumo aumento nas ultimas décadas significativamente (IBGE, 2011).

Nesse cenário, considera-se atualmente a hipertensão arterial como um grave problema de saúde pública em função de acometer grande parte da população mundial adulta, aumentando o número de óbitos. Destarte, seu tratamento e controle dos fatores de risco, apresentam-se como um obstáculo às autoridades governamentais e profissionais de saúde em razão das dificuldades socioculturais e psicológicas que envolvem seus portadores.

Nessa perspectiva, observa-se que a prevalência de hipertensão arterial entre a população da nossa área de abrangência é muito significativa entre pessoas adultas e em etapa de envelhecimento e também está associada aos hábitos alimentares. Este fato é preocupante uma vez que estas pessoas tem maior probabilidade de desenvolver outras patologias bem como as complicações e sequelas causadas pela hipertensão arterial.

O modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) determina o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, visando o alcance da promoção, prevenção, cura e reabilitação, contemplando, preferencialmente, ampliação das ações de caráter preventivo, por meio de vigilância à saúde.

Segundo Rainforth e colaboradores (2007 p. 524),

mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular.

Lewington e colaboradores (2002) afirmam que hábitos de vida saudáveis devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (NORONHA; FERREIRA, 2000).

Um dos principais fatores ambientais modificáveis para o controle e prevenção da hipertensão arterial é a alimentação (KOHLMANN JR et al, 1999).

Segundo Sacks e colaboradores (2001, p. 7)

O consumo excessivo de sal e o baixo consumo de vegetais, associado ao sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, são os principais responsáveis pela doença. A dieta pobre em sódio rica em vegetais, frutas e laticínios com baixo teor de gordura, produzida maiores reduções na pressão arterial sistólica e diastólica.

Embora não tenha cura, a hipertensão arterial pode ser controlada e evitada com algumas mudanças de hábito, pois apenas incluindo alguns alimentos na dieta, a prevenção e o controle já são desenvolvidos naturalmente pelo seu organismo (OPAS, 2013).

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gordura) sobre o comportamento dos níveis pressóricos (MARCONDELLI et al. 2004). *et al*

Portanto, conforme afirma Campos, Faria e Santos (2010, p. 64)

tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos.

Este estudo se justifica em função da necessidade de intervenção da Equipe de Saúde da Família 1 do município de Inhapi para diminuir os níveis pressóricos dos indivíduos, determinado pela alta prevalência de hipertensão arterial relacionado com: maus hábitos de alimentação, dificuldade para o controle da hipertensão arterial em indivíduos hipertensos com tratamento medicamentoso; incidência de complicações cerebrovasculares e cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial; falta de informação sobre a ingestão de alimentos saudável, e preferências por alimentos industrializados.

Portanto, é fundamental avaliar e caracterizar o perfil da hipertensão arterial na nossa área de atuação, apontando suas principais causas e suas consequências, vez que, tal processo é fundamental para eficiência da atenção à saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um Projeto Intervenção sobre alimentação não saudável associada à hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família 1, do município de Inhapi, Alagoas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Orientar sobre alimentação saudável durante as consultas e visitas à família.
- Aumentar o nível de informação sobre a alimentação saudável na equipe de saúde.
- Validar o controle de pacientes com hipertensão arterial e reduzir a incidência das complicações.

#### 4 METODOLOGIA

Como primeira etapa deste trabalho realizou-se coleta, tratamento e análise dos dados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e de outros documentos legais do sistema estatístico de produção da Secretaria Municipal de Saúde. Nessa atividade contou-se com a participação efetiva dos profissionais que atuam na equipe.

Buscou-se caracterizar a população por meio de uma pesquisa das condições e riscos à saúde, bem como a identificação dos problemas da população do município e da área de abrangência. O problema de saúde que chamou mais atenção da equipe foi o elevado índice de hipertensão arterial em pessoas adultas relacionado com a alimentação não saudável influenciando na falta de controle destes pacientes das cifras da tensão arterial, mesmo fazendo tratamento farmacológico, e no aumento da incidência das complicações cardiovasculares e demais co-morbidades.

Sequencialmente, realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema para elaborar o referencial teórico. Foram pesquisados artigos, teses e dissertações e documentos técnicos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), utilizando as seguintes palavras-chaves: Hipertensão arterial. Estilo de vida. Alimentação. A pesquisa teve um caráter narrativo. Assim, de acordo com Moretti-Pires e Bueno (2009, p. 440), o método de revisão narrativa “se dispõe principalmente a levantar dados com caráter qualitativo, fundamentado na literatura científica em questões consideradas amplas ou abertas”.

Para execução do Projeto de Intervenção selecionou-se do universo de pacientes da equipe, o total de hipertensos cadastrados na área, e realizou-se um estudo da intervenção, no período de maio a outubro dos 2014, na área de abrangência de equipe ESF 1. Com o apoio dos membros da equipe e utilizando diferentes técnicas educativas, os pacientes foram orientados quanto a alimentação saudável e sobre a importância do monitoramento da pressão arterial nas consultas e durante as visitas domiciliares.

Na elaboração do projeto de intervenção foram percorridas algumas etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme se descreve a seguir.

Reuniu-se a equipe de saúde para discutir de maneira clara, com respeito e profissionalismo e permitindo-se a participação de todos os seus integrantes, os dados levantados no diagnóstico de saúde, com o objetivo de identificar os problemas de saúde que afetam a comunidade.

Os problemas levantados na área de abrangência são muitos, dentre estes, existem aqueles que estão fora do alcance de resolutividade da equipe. Então foi necessário seguir os critérios de seleção, tais como: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento do problema pela equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dessa forma, o problema priorizado foi a alimentação não saudável associada à hipertensão arterial.

As questões mais relevantes encontradas que impulsionaram a equipe para atuar sobre este problema são: a associação de maus hábitos alimentares com o alto índice de hipertensos em nossa área; dificuldade para o controle da hipertensão arterial em indivíduos hipertensos com tratamento medicamentoso; incidência de complicações cerebrovasculares e cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial; falta de informação sobre a ingestão de alimentos saudáveis; preferências por alimentos industrializados e alto consumo de sal e gorduras.

Frente a situação a equipe identificou a necessidade de desenvolvimento de ações de saúde visando atingir os seguintes objetivos: reduzir o alto índice de hipertensos com tratamento medicamentoso descompensados na área de abrangência; eliminar ingestão de alimentos não saudáveis pela população hipertensa; reduzir a preferência por alimentos industrializados; reduzir o consumo diário de sal e gorduras; promover maior qualidade de vida para a população com hipertensão arterial; reduzir incidência de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares; monitorar mensalmente a pressão arterial dos hipertensos idosos e aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável da população hipertensa.

Seguindo as orientações de Campos, Faria e Santos (2010, p. 63) procurou-se entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas, pois “geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.” Então, procurou-se entender como os maus hábitos de alimentação influenciam na elevação das cifras tensionais em pacientes com hipertensão arterial.

A alimentação não saudável é um fator de risco de doenças crônicas como a hipertensão, diabetes, obesidade, risco coronário, alteração do metabolismo das gorduras (aumento do colesterol, triglicerídeos) etc. Neste caso, o elevado número de hipertensos e seu relacionamento com os maus hábitos de alimentação é o que dificulta a compensação de sua doença e complicações. As pessoas incluem muito sal e gorduras na dieta, além da ingestão muito frequente de refrigerantes, farinha, pão, macarrão, massas, vísceras de animais, carnes salgadas e com muita gordura embutidos, etc. adquiridas no comércio, aliado ao fato da população ser muito carente o que torna difícil a ingestão de frutas e vegetais, vez que são muito caras no mercado.

A promoção da saúde e a prevenção de complicações baseadas na abordagem global dos fatores de risco modificáveis são fundamentais. Sabe-se que os principais fatores de risco são: não modificáveis: hereditariedade, idade e raça; e, modificáveis: sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, uso abusivo de bebida alcoólica, alimentação não saudável e estresse.

As causas do problema podem estar relacionadas a: falta de educação, de orientação e desconhecimento da população sobre os riscos para a saúde da ingestão indiscriminada de alimentos não saudável, a preferência por alimentos industrializados e o desconhecimento da população sobre a importância da ingestão de alimentos saudáveis.

Como consequência tem-se: o aumento da incidência de hipertensos e das principais doenças associadas à hipertensão arterial, tais como, acidente vascular cerebral, cardiopatia isquêmica, (incluindo angina do peito, infarto do miocárdio e morte súbita), insuficiência cardíaca, aneurisma dissecante da aorta e insuficiência renal; dificuldade para o controle da hipertensão arterial em indivíduos hipertensos com tratamento medicamentoso; incidência de complicações vasculoencefálicas e cardiovasculares; aumento da demanda e gastos por internações e uso de medicação.

De modo mais detalhado as causas do problema foram agrupadas em diferentes níveis para auxiliar no processo de intervenção.

No nível individual pode-se citar: má alimentação; preferência por alimentos industrializados; falta de informação e orientação sobre a ingestão de alimentos saudável e uso abusivo de sal e gorduras; nível de informação sobre as doenças e seus fatores de risco; aumento da incidência de complicações devido ao não

controle da hipertensão com o tratamento medicamentoso e resistência para mudança de hábitos alimentares. Todas estas variáveis estão direcionadas aos hábitos e estilos de vida da população hipertensa da área.

No nível social, tem-se o alto índice de analfabetismo; o baixo nível de informação; baixo nível socioeconômico e ausência da família (mora sozinha ou não tem o apoio da família). Já no nível programático identifica-se: falta de estrutura da UBS; falta de profissional médico em tempo integral na Unidade Básica; a organização do serviço de saúde não responde adequadamente à demanda; alta demanda do profissional nutricionista para dar suporte à equipe; UBS com indisponibilidade de consultas por demanda espontânea; falta da implantação do Protocolo Assistencial de Hipertensão Arterial; falta de local por número insuficiente de reuniões com o grupo operativo de hipertensos operado e número insuficiente de reuniões com o grupo operativo de hipertensos.

Há ainda as causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe: pouco envolvimento da equipe no acompanhamento dos hipertensos com fatores de risco associados; desconhecimento pelos integrantes da equipe sobre alimentos saudáveis e a influência dos não saudáveis no controle de pacientes com hipertensão arterial; dificuldade de abordagem aos hipertensos e o acúmulo de tarefas a cumprir.

Na sequência, foram selecionados os “nós” críticos com capacidade de enfrentamento pela equipe, que neste caso, seriam: desestruturação do processo de trabalho da equipe, desorganização da estrutura do serviço de saúde, ausência de grupo operativo atuante, condições de saúde insatisfatória do grupo de hipertensos. As operações para resolução dos “nós” críticos serão detalhadas no Projeto de Intervenção.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

“A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular”, com a consequente elevação dos “custos médicos e socioeconômicos, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p.30).

Ela não ocorre de forma isolada, sendo que a maioria dos hipertensos apresenta outros fatores de risco cardiovasculares. Muitos desses fatores de risco são modificáveis, assim as recomendações para a mudança do estilo de vida são de extrema importância tanto para a prevenção como para o controle da hipertensão arterial (COSTA *et al.* 2009, p. 9):

Para seu diagnóstico e avaliação da eficiência das mudanças alimentares saudáveis é importante a verificação periódica da pressão arterial.

Assim a prevenção de HAS envolve principalmente a conscientização das pessoas para mudanças de hábitos alimentares e comportamentos adequados. A introdução dessas mudanças ocorre de maneira lenta e processual, deve ser promovida por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, de modo que sejam mantidas por longo do tempo com a participação da família do indivíduo hipertenso (ARAÚJO *et al* 1998, p.16).

Mudar o estilo de vida trocando os hábitos alimentares é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações, e especialmente mantê-las por muito tempo. No entanto, para Santos e Silva (2003, p. 90)

a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos alimentares e atitudes saudáveis.

Ainda segundo o mesmo autor o “conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais no modo de vida do sujeito tem um papel importante a alimentação saudável”. “Assim para determinados autores, a doença pode resultar de formas pouco saudáveis” de viver (LESSA, 1998); como os maus hábitos alimentares, que em nossa área trata-se de

um problema crítico pela alta incidência de hipertensos descompensados ainda tratados com medicamentos.

Diversos estudos tem demonstrado que o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, que convivem com a transição nutricional determinado frequentemente pela má alimentação, a prevalência do excesso de peso, contribui para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Estas são associadas às causas de morte mais comuns atuais (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Com o aumento das evidências científicas que dão suporte à visão de que alterações na dieta influenciam, tanto positiva, quanto negativamente à saúde, a nutrição está se tornando o maior determinante, que pode ser modificado para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Alterações dietéticas podem não somente influenciar a saúde presente, mas também determinar ou não a ocorrência futura de patologias como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes (WHO, 2003 *apud* MARCONDELLI; MARAGON; SCHMITZ, 2004, p.118).

A Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório "*Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases*" (WHO, 2003) apontam o sal e o consumo de sódio como fatores diretamente relacionados com os níveis de pressão sanguínea e a prevalência de hipertensão em muitas populações.

O sódio leva à retenção de líquidos que, mesmo sem causar inchaço, aumenta o volume de sangue no corpo, que pressiona as artérias e eleva a pressão arterial causando dano cardiovascular, falência renal e acidente vascular cerebral (WHO, 2003).

É fato que o brasileiro consome o dobro de sódio que deveria. A quantidade máxima recomendada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) é de dois gramas por dia. Consumimos quatro. Aparentemente inofensivo, o uso abusivo do sal é como uma bomba-relógio - é uma questão de tempo para explodir em um problema de saúde mais sério segundo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (SACKS *et al.* 2001, p. 4).

O excesso do consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. Entre os índios Yanomami, que têm baixa ingestão de sal, não foram observados casos de hipertensão arterial (FUCHS, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA

DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Em população urbana brasileira, foi identificada maior ingestão de sal nos níveis socioeconômicos mais baixos, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A rápida mecanização da vida diária traz alguns perigos como as mudanças do comportamento alimentar, que fazem parte do contexto maior da transição nutricional, com alterações quantitativas e qualitativas na dieta. Como exemplo, observa-se o aumento da ingestão energética com um papel maior de gorduras e açúcares adicionados nos alimentos, grande ingestão de gorduras saturadas, principalmente de origem animal, ingestão reduzida de carboidratos complexos e fibras dietéticas e redução da ingestão de frutas e vegetais, (MARCONDELLI; MARAGON; SCHMITZ, 2004; RAINFORTH *et al*, 2007). Portanto, que a dieta com toda sua variedade cultural, podem dar indicativos das condições de saúde, crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, sendo de fundamental importância a correta caracterização dos hábitos alimentares para uma adequada intervenção e educação nutricional na prevenção e controle da HAS e suas complicações cardiovasculares entre outras.

Para a prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, deve-se diminuir o consumo de gorduras saturadas, colesterol, ácidos graxos trans, açúcar e aumentar o consumo de fibras e vitaminas com função antioxidante (MARCONDELLI; MARAGON; SCHMITZ, 2004). Fica claro, portanto, a importância da correta caracterização da dieta na promoção da saúde da comunidade, para posterior intervenção por meio da educação nutricional e na avaliação da eficácia de programas.

As práticas alimentares representam um fenômeno sociocultural historicamente derivado, ou seja, moldado pela cultura e resultante da organização da sociedade. Por essa razão, as escolhas alimentares são estabelecidas desde a infância, na qual são também construídos os significados do ato de comer, assim como a forma com que se organizam e se estruturam os hábitos alimentares (CANESQUI; GARCIA, 2005).

Sendo as práticas alimentares constructos sociais, as refeições são momentos de sociabilidade e de encontro das pessoas, na vida diária (MONTEIRO, 1995; MONTEIRO; CONDE, 1999; SICHIERI, 2002 ).

No padrão alimentar o consumo dos alimentos pode levar à ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial e

no sistema cardiovascular (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Os alimentos “de risco”, ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os “de proteção”, ricos em fibras e potássio, são permitidos (COITINHO *et al.* 1991).

Para Moretti-Pires e Bueno (2009, p. 440)

o padrão alimentar é definido como o perfil do consumo de alimentos pelo indivíduo ao longo de um determinado período de tempo. É utilizado no estudo da relação entre a ingestão de certos nutrientes e o risco de doenças, pois permite uma compreensão mais clara sobre a alimentação como um todo, em lugar de se considerarem os nutrientes individualmente.

Outros estudos foram a criação da dieta preconizada pelo estudo *Dietary Approachs to Stop Hypertension* (DASH) que mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Essa dieta

ênfatisa o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leites desnatados e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio (ROMON, 2001, p.114).

E associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população está inserida e também a forma como estão organizados os serviços para a comunidade. Portanto é importante contar com uma ferramenta que auxilie conhecer os problemas e as necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habilitação, bem como permite conhecer como é a organização dos serviços de saúde para nossa comunidade (ARAÚJO *et al* 1998, p. 6).

Hoje não se discute mais a eficiência do tratamento no controle da hipertensão arterial os pacientes tratados e acompanhados de forma adequada estarão protegidos de complicações (GRUNDY, 2006). As decisões sobre outros fatores correlacionados ao tratamento e capazes de potencializar ou retardar sua evolução são os que requerem de mais descrição.

a preocupação com a HAS decorre de sua contribuição para a morbimortalidade causada por doença cardiovascular, as quais, mesmo

quando não fatais, levam com frequência à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o indivíduo, sua família e a própria sociedade. por exemplo, aumenta em sete vezes o risco de acidente vascular cerebral, torna o risco de infarto do miocárdio três vezes maior, é a causa mais comum de insuficiência cardíaca e associa-se com aneurismas em 60% a 80% dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; OLIVEIRA, 2000; POLLOCK; WILMORE, 1993; MEIRELES *et al*, 2005 apud SALES; TAMAKI, 2007)

E, na população de hipertensos da ESF 1 observa-se um aparecimento crescente de complicações pelas cifras tensionais elevadas na população adulta e ainda tratada farmacologicamente e cujos hábitos alimentares do mundo contemporâneo baseada em produtos industrializados, ricas em sódio, carboidratos e colesterol influenciam diretamente na morbimortalidade cardiovascular e se constituem fatores de risco importante na incidência e controle adequado da mesma. Conforme afirma Costa e colaboradores (2009), dietas ricas em frutas, hortaliças e produtos com pouca gordura diminuem o risco cardiovascular, contribuem para a redução do peso e da pressão arterial.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.

Segundo Campos Faria e Santos (2010) o projeto de intervenção é constituído de ações respaldadas no Planejamento Estratégico Situacional (PES), de forma mais densa e efetivamente mais participativa. Seguindo essa premissa apresenta-se nos Quadros 1 a 4, as propostas de operações para resolução dos “nós” críticos do problema alimentação não saudável associada à hipertensão arterial em pacientes da ESF1.

Quadro 1- Operações sobre os “nós” críticos relacionado ao problema alimentação não saudável associada a hipertensão arterial na ESF 1. Inhapi.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Desestruturação do processo de trabalho da equipe de saúde	<b>Linha de Cuidado</b> -Implantar a linha de cuidado para hipertensão arterial, com integralidade e abordagem multiprofissional incluindo estilos de vida, referência e contra referências.	-Cobertura de 100% da população com adoecimento por hipertensão arterial.  Definir 100% da população hipertensa relacionada com maus hábitos de alimentação.	-Linha de cuidado para risco de adoecimento por HAS implantada.  Promover maior qualidade de vida.  Abordagem multiprofissional e multidisciplinar dos hipertensos.  Lograr melhor controle de pacientes HAS  Lograr mudanças nos hábitos inadequados de alimentação na população com hipertensão arterial.	<b>Cognitivo</b> Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos para habilidades e conhecimento dos profissionais  <b>Político</b> Vontade política e apoio para os recursos a utilizar (folhas, impressoras, emissora rádio local) →articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;  <b>Organizacional</b> adequação dos fluxos referência a equipe multiprofissional , multidisciplinar

			<p>Diminuir o número de pacientes com complicações.</p> <p>Criação de protocolos;</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Gestão da linha de cuidado implantada</p>	e referência contra
Desorganização da estrutura dos Serviços de Saúde	<p><b>Cuidar Melhor</b></p> <p>-Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial.</p>	<p>Garantir a capacitação de pessoal da equipe na alimentação não saudável em pacientes com hipertensão arterial pela sua influencia negativa em seu controle</p> <p>Contratação de maior número de consultas para hipertensão arterial visando o controle dos hábitos e estilo de vida dos pacientes</p>	<p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Programa de Vigilância nutricional e dos agravos da hipertensão arterial implantado.</p> <p>Monitoramento dos valores da pressão arterial com frequência mensal nos pacientes com hipertensão arterial por meio de ficha B do ACS;</p> <p>Vigilância dos agravos da hipertensão arterial por meio dos</p>	<p><b>Cognitivo</b> → Informação sobre alimentação não saudável para pacientes com hipertensão arterial</p> <p>Elaboração de projetos de saúde baseados no tema</p> <p><b>Político</b> → mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária</p> <p><b>Organizacional</b> Organização de palestras de educação em saúde</p> <p><b>Financeiros</b> Aumento da oferta de</p>

			<p>indicadores do SIAB</p> <p>Acompanhamento pela equipe multiprofissional e multidisciplinar.</p>	<p>consultas e da aquisição de recursos (folhetos educativos, recursos audiovisuais impressoras, Cartazes educativos no PSF sobre o tema, etc.)</p>
<p>Falta de grupo operativo atuante.</p> <p>-Baixo nível de informação dos pacientes com hipertensão arterial sobre os riscos e agravos relacionados com a alimentação não saudável</p>	<p><b>Aprender +</b></p> <p>-Criar o grupo operativo</p> <p>-Aumentar o nível de informação dos participantes do grupo operativo sobre os riscos e agravos da alimentação não saudável na hipertensão arterial .</p>	<p>Participantes do grupo operativo mais informados sobre alimentação não saudável, riscos e agravos em pacientes com hipertensão arterial</p>	<p>-Avaliação do nível de informação do grupo operativo sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial relacionados com a alimentação não saudável</p> <p>Realização de reuniões mensalmente com o grupo operativo.</p> <p>Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável;</p> <p>Capacitação da equipe multidisciplinar;</p>	<p><b>Cognitivo</b></p> <p>Desenvolver estratégias de comunicação e pedagógicas</p> <p>População com HAS mais informada e com conhecimento sobre o tema</p> <p><b>Político</b></p> <p>Vontade política de apoio para os recursos a utilizar no desenvolvimento do tema</p> <p>Intersetorialidade e da saúde em parceria com o setor de educação e mobilização social</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>na organização da agenda</p> <p><b>Financeiros</b></p> <p>Aquisição de recursos audiovisuais, cartazes e</p>

				folhetos
Condições insatisfatórias do grupo de hipertensos: não controle das cifras de tensão arterial além do tratamento farmacológico	<p><b>+Vida</b></p> <p>-Controle das cifras de tensão arterial dos pacientes hipertensos com mudanças nos hábitos inadequados de alimentação</p> <p>Seguimento do controle de pacientes com hipertensão arterial e complicações dos mesmos</p>	<p>Lograr o melhor controle das cifras de pressão arterial</p> <p>Promover maior qualidade de vida</p> <p>Diminuição das complicações e gastos econômicos e de internação hospitalar</p> <p>População hipertensa mais informada sobre alimentação não saudável e riscos para sua saúde.</p> <p>Orientação em consultas e visitas as famílias sobre alimentação não saudável</p>	<p>Controle das cifras de pressão arterial em pacientes hipertensos com tratamentos farmacológicos</p> <p>Diminuição de agravos e complicações consequentes da má alimentação em pacientes hipertensos com tratamento medicamentosos.</p> <p>-Divulgação do projeto recrutando mais participantes</p> <p>Acompanhamento mensal da pressão arterial dos pacientes</p>	<p><b>Cognitivo</b> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.</p> <p><b>Político</b> → Vontade política de apoio na decisão de aumentar os recursos para o desenvolvimento do tema.</p> <p><b>Organizacional</b> organização da agenda</p> <p><b>Financeiros</b> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes, aparelho de medição da pressão</p>

No Quadro 2, estão identificados os recursos críticos importantes para a realização dos projetos, visto que necessita de negociação para sua disponibilidade.

Quadro 2 - Identificação dos recursos críticos das operações sobre os “nós” críticos relacionado ao problema alimentação não saudável associada a hipertensão arterial na ESF 1. Inhapi, 2014

<b>Operação Projeto</b>	<b>Recurso Crítico</b>
<b><i>Linha de Cuidado</i></b>	Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra e conta referências) com equipe multiprofissional e interdisciplinar.
<b>Cuidar Melhor</b>	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços; e na aquisição de meio informativos da população. Financeiros → aumento da oferta de consultas, e visitas a família.
<b>+ Saúde</b>	Político → Inter setorialidade com a rádio comunitária em parceria com secretaria de educação de maneira articulada, assim como mobilização social Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes etc.
<b>Aprender +</b>	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, educativos, cartazes.
<b>+Vida</b>	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços e na aquisição de recursos. Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, educativos.

Para verificar a viabilidade do plano avaliou-se a motivação de quem controla os recursos críticos necessários para a realização das operações ou projetos. Entende-se por motivação o envolvimento ou não de quem controla o recurso para solução do problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O resultado da análise de viabilidade está evidenciado no Quadro 3.

Quadro 3 - Análises da viabilidade do plano segundo o projeto, recursos críticos e seu controle, atores e ações/estratégicas das operações sobre os “nós” críticos

relacionado ao problema alimentação não saudável associada a hipertensão arterial na ESF 1. Inhapi, 2014.

Operação Projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Linha de Cuidado</b>	Organizacional adequação de fluxos (referência interdisciplinar, multiprofissional e contra referência)	Secretária Municipal de Saúde	Favorável	Plano de Cuidado de Prevenção para portadores de hipertensão arterial com maus hábitos de alimentação.
<b>Cuidar Melhor</b>	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços;	Prefeita Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de estruturação da rede
	Financeiros → aumento da oferta de consultas e visitas a família.	Secretária Municipal de Saúde	Favorável	
		Fundo Nacional de Saúde	Favorável	
<b>+Saúde</b>	Político → mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e a rádio comunitária	Setor de comunicação social	Favorável	Promover Educação e Saúde através do Grupo operativo de hipertensos
	Financeiros na aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes, transporte..	Secretária Municipal de Saúde	Favorável	
<b>Aprender +</b>	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social Financeiros → na aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, pacatas, transporte..	Secretaria de Educação Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Favorável	Promover Educação e Saúde por meio do grupo operativo de hipertensos

<b>+Vida</b>	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros→na aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. pacatas .	Secretária Municipal de Saúde	Favorável	Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e o controle da pressão arterial.
--------------	--	-------------------------------	-----------	--

O plano operativo constante do Quadro 4 descreve as operações que serão implantadas pela equipe, resultados esperados, os produtos e as ações, consta também o nome do profissional responsável pela execução das operações e o tempo previsto para o início e término das mesmas.

Quadro 4 – Plano Operativo das operações sobre os “nós” críticos relacionado ao problema alimentação não saudável associada à hipertensão arterial na ESF 1. Inhapi, 2014.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estrat.</b>	<b>Responsável.</b>	<b>Prazo</b>
<b>Linha de Cuidado</b>	Cobertura de 100% da população com adoecimento por hipertensão arterial  Definir o 100% da população hipertensa relacionada com maus hábitos de alimentação.	Linha de cuidado para risco de adoecimento por hipertensão arterial implantada  Promover maior qualidade de vida.  -Abordagem multiprofissional e multidisciplinar dos hipertensos. Lograr melhor controle de pacientes com hipertensão arterial Lograr mudanças nos hábitos inadequados de alimentação na população com	Plano de Cuidado de Prevenção para pacientes com hipertensão arterial.  Orientações nas consultas e visitas a família dos pacientes hipertensos sobre alimentação não saudável.  Palestras nas escolas,	ESF1  Medico  Enfermeiro  Diretor Municipal de Saúde  Precisão de equipe estadístico de Saúde.  População hipertensa da área de abrangência.	Início em Março 2014 e finaliza Outubro 2014

		<p>hipertensão arterial. Diminuir o número de pacientes com complicações. -Criação de protocolos; Recursos humanos capacitados Gestão da linha de cuidado implantada</p>	<p>programas nas rádios locais, e cartazes informativas no PSF sobre o tema.</p>		
<b>Cuidar Melhor</b>	<p>Garantir a capacitação de pessoal da equipe na alimentação não saudável em pacientes com hipertensão arterial pela sua influência negativa no controle das cifras de pressão arterial. Contratação do maior número de consultas nos pacientes hipertensos potências da hipertensão arterial com o controle dos hábitos e estilo de vida.</p> <p>População mais informada sobre alimentação não saudável</p>	<p>- Recursos humanos capacitados</p> <p>Programa de Vigilância nutricional e dos agravos da hipertensão arterial implantado.</p> <p>Monitoramento dos valores da pressão arterial com frequência mensal nos pacientes com hipertensão arterial por meio de Ficha B do ACS;</p> <p>-Vigilância dos agravos da hipertensão arterial por meio dos indicadores do SIAB</p> <p>Acompanhamento pela equipe</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede em saúde. Realização de palestras, orientações gerais sobre a alimentação não saudável em grupo operativo de hipertensos</p>	<p>ESF 1</p> <p>Médico</p> <p>Enfermagem</p> <p>Agentes de saúde</p> <p>Equipe interdisciplinar</p>	<p>Início em mês de março 2014 até outubro 2014</p>

		multiprofissional e multidisciplinar.			
<b>+ Saúde</b>	<p>Diminuição de agravos causados pela hipertensão arterial;</p> <p>Controle de pacientes hipertensos</p> <p>Conhecimento sobre alimentação adequada pela população hipertensa.</p> <p>Divulgação do projeto recrutando mais participantes</p> <p>Acompanhamento mensal da pressão arterial</p> <p>População mais informada sobre os fatores de risco da hipertensão arterial</p>	<p>Melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos</p> <p>Diminuição de agravos em pacientes hipertensos</p> <p>Mudanças de hábitos inadequados de alimentação dos pacientes com hipertensão arterial</p> <p>Criação do programa de educação e saúde com o grupo operativo de hipertensos;</p> <p>Campanha educativa nas escolas e na rádio.</p>	Promover Educação alimentar e saúde através do grupo operativo de hipertensos.	<p>Equipe ESF 1</p> <p>Médico</p> <p>Enfermagem</p> <p>Agentes de saúde</p> <p>Equipe multidisciplinar</p>	<p>Março 2014</p> <p>outubro 2014</p>
<b>Aprender +</b>	Grupo Participantes do grupo operativo mais informados sobre alimentação não saudável, riscos e agravos em pacientes com hipertensão arterial;	-Avaliação do nível de informação do grupo operativo sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial relacionados com a alimentação não saudável	Promover Educação e Saúde através do grupo operativo de hipertensos	<p>Equipe ESF 1</p> <p>Medico enfermagem</p> <p>Agente de saúde</p> <p>Populaç</p>	<p>Mês de março 2014</p> <p>outubro 2014</p>

	<p>Diminuição de agravos causados pela hipertensão arterial.</p>	<p>Realização de reuniões mensalmente com o grupo operativo.</p> <p>Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável;</p> <p>-Capacitação da equipe multidisciplinar.</p>		<p>ção hipertensa da área</p>	
<b>+Vida</b>	<p>Lograr o melhor controle das cifras de pressão arterial</p> <p>Promover maior qualidade de vida</p> <p>Diminuição das complicações e gastos econômicos e de internação hospitalar</p> <p>População hipertensa mais informada sobre alimentação não saudável e riscos para sua saúde.</p> <p>Orientação em consultas e visitas as famílias sobre alimentação não saudável</p>	<p>Controle das cifras de pressão arterial em pacientes hipertensos com tratamentos farmacológicos</p> <p>Diminuição de agravos e complicações consequentes da má alimentação em pacientes hipertensos com tratamento medicamentoso.</p> <p>-Divulgação do projeto recrutando mais participa</p> <p>- Acompanhamento mensal da pressão arterial .</p>	<p>Acompanhamento da medida de pressão arterial em pacientes hipertensos mensalmente</p> <p>Orientações nas consultas e visitas á família, diante entrevistas individuais e coletivas com a participação da famílias sobre alimentação adequada</p>	<p>ESF 1</p> <p>Médico</p> <p>Enfermagem</p> <p>Agentes de saúde</p> <p>Equipe interdisciplinar e multiprofissional</p>	<p>Início em março 2014</p> <p>outubro 2014</p>

Para garantir êxito no desenvolvimento das ações o projeto será monitorado mensalmente, readequando as ações que se fizerem necessárias e será avaliado pela equipe ao final da execução.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica atualmente é um dos principais desafios que tem a saúde pública em todo o planeta, e pela sua alta incidência constitui a principal causa de mortalidade e incapacitação em diversas nações do mundo, contribuindo significativamente para modificações na qualidade de vida (QV) das pessoas, visto que interferem na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano. A população da ESF 1 também está inserida nessa problemática.

A mudança de hábito alimentar requer um grande engajamento por parte de todos os envolvidos, que no caso desta reflexão, são os portadores de HAS, seus familiares e/ou pessoas de seu convívio mais próximo e os profissionais de saúde, no processo ensino-aprendizagem e na promoção e manutenção da saúde.

Nessa perspectiva foi necessário buscar estratégias que permitiram maior adesão às modificações de estilos de vida quanto à nutrição, como a educação em saúde que deve abranger aspectos que permitam conhecer as atitudes, percepções, conhecimento e práticas do portador de hipertensão; incentivar a participação ativa dos hipertensos na alimentação; levar em consideração as dificuldades e necessidades da clientela; estabelecer adequada comunicação e interação entre os pacientes e profissionais de saúde; trabalhar os aspectos que torne o indivíduo um elemento ativo no processo, promovendo o autocuidado, e percebendo as próprias necessidades, ou seja, indagar-se sobre que é realmente preciso mudar para manter a saúde.

Tendo em conta que a percepção do indivíduo sobre um problema a ser enfrentado, em seu ritmo natural, é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias. A partir deste ponto, há possibilidade de harmonizar a saúde com o viver do cotidiano.

Pelo que se conclui que os objetivos propostos pela orientação nesse trabalho foram alcançados com êxito, uma vez que, o estudo buscou realizar um diagnóstico sobre a problemática proposta e a partir daí, traçar uma metodologia para superação dos pontos críticos encontrados. A metodologia expressou-se no Projeto de Intervenção onde foi apresentada a alta incidência de hipertensos não controlados pela má alimentação além de tomar tratamento medicamentoso e os meios para lograr o controle das suas cifras tensionais.

Espera-se com a implantação deste projeto de intervenção que ocorra a estabilização das cifras de pressão arterial, e a população hipertensa fique mais informada sobre alimentação saudável, consciente dos alimentos que não pode ingerir, logrando a diminuição das complicações causadas pela hipertensão, além do melhor acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial.

Assim, no que se refere ao tema abordado, sua análise permitiu uma melhor identificação e uma compreensão mais ampla do fenômeno. Portanto, notou-se que os profissionais que atuam junto à clientela de hipertensos devem contribuir também para consolidação de informações e diagnóstico sobre a temática que se assemelha com a problemática dessa população.

## REFERÊNCIAS

**ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL** Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfit m/Inhapi al>>. Acesso em: 10 de setembro 2013.

ARAÚJO, T. L. *et al.* Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2 (Supl. A): p.1-16, 1998. Acesso em: 15 ago. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**, 2013, versão: 6.6.1.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, Sup. 1, p.181-191, 2003.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

COSTA, M. F. F. L. *et al.* Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 43, supl. 2, 2009.

CANESQUI, A. M, GARCIA, R. W. D. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: CANESQUI, A. M; GARCIA, R. W. D (Organizadores). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 9-22. 9

COITINHO, D.C. *et al.* **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos**: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1991.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

GRUNDY, E.; FALKINGHAM, J. Healthy, wealthy and old? **Nursing Older People**, v. 18, n. 9, p. 12-18. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: **Análise de Consumo Alimentar Pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condiçãodevida/pof/2008\\_2009\\_analise\\_consumo/pofanalise\\_2008\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condiçãodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf)>. Acesso em: 04 mai. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: **População**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://cidades.ibge.gov.br/home/xml/pof\\_2008\\_2009.shtm](http://cidades.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm)>. Acesso em: 04 mai. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: **Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof\\_2008\\_2009.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm)>. Acesso em: 04 mai. 2015.

KOLHMANN, J. R.O. *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v., 43 n. 4 São Paulo, Ago. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27301999000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27301999000400002&script=sci_arttext) Acesso em: 15 ago.2015.

LEWINGTON, S. *et al.* For the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, n. 360, p. 1903-1913, 2002.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo (SP): HUCITEC; 1998.

MORETTI-PIRES, R. O; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.439-444, 2009.

MEIRELES VC, OLIVEIRA MLF, MATSUDA LM, MARCON, SS. Diagnósticos e ações de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. **Cogitare Enferm**. 2005 set-dez;10(3):37-43.

MARCONDELLI, P.; MARANGON, A. F.; SCHMITZ, B. A. S.. Revisão de literatura sobre alimentação e saúde. **Universidade Científica Saúde**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 1-151, jan./jun. 2004.

MONTEIRO, C. A; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 43, n. 3, p.186-94, 1999.

MONTEIRO, C.A. *et al.* The nutrition transition in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 49, n. 2, p.105-13, 1995.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B. S.; CONDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (Orgs.) **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://new.paho.org>>. Acesso em: 16 out. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília (DF); 2003.

RAINFORTH, M. V. et al. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Current Hypertension Reports**, v. 9, p. 520-528, 2007.

ROMON, M. Evaluation de l'apporte alimentaire. *In*: BASDEVAN, A; LAVILLE, M; LEREBOURS, E. **Traité de nutrition clinique de l'adulte**. Paris: Flammarion; 2001. p.109-20.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Cadastramento Familiar 2013**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>> . Acesso em: 8 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p.1-51, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n.3, set. 2007. p. 1-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

SANTOS, Z. M. S. A; SILVA, R. M. Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza (CE): **Brasil Tropical**; 2003.

SICHERI, R. Dietary patterns and their associations with obesity in the Brazilian city of Rio de Janeiro, Brasil. **Obesity research**. v. 10, n.1, p. 42-8, 2002.

SACKS et al. DASH – Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. **New England Journal of Medicine**, v.344, p. 3–10, 2001.

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

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization. WHO **Technical Report Series**, 916, 2003.