

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

**DAVID BACALLAO BELL**

**CONTROLE E ADESÃO DE CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ESF CIDADE DE DEUS II, SETE  
LAGOAS, MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

**Sete Lagoas/ Minas Gerais.**

**2015**

DAVID BACALLAO BELL

**CONTROLE E ADESÃO DE CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ESF CIDADE DE DEUS II, SETE  
LAGOAS, MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

**Sete Lagoas/ Minas Gerais.**

**2015**

## DEDICATORIA

Dedico este trabalho: A meus irmãos por ser a força que impulsionam meus passos no difícil caminho da vida. A minha dedicada mãe por seus valiosos conselhos e desvelo sem limite. A meu pai, meu melhor amigo sempre estará presente em tudo e cada um dos meus pensamentos. A minha família toda, amigos e professores por acreditar em mim.

## **AGRADECIMENTO**

A todas as pessoas que de uma ou outra forma apoiaram este trabalho.

## **PENSAMENTO**

O mistério é fonte de arte e ciência verdadeira.  
Todo menino ou pessoa deve chorar quando a  
passado o dia e não há aprendido algo novo.

JOSE MARTI

## RESUMO

Cidade de Deus II é um bairro de Sete Lagoas, MG, praticamente isolado da área urbana, situado na periferia. A Equipe Cidade de Deus II procura atender toda população da área de abrangência composta por 3000 usuários sendo 1262 (42,06%) homens e 1738 (57,93%) mulheres. Do total 2212 são maiores de 15 anos e tem alta prevalência de tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, lipidemias, existindo um aumento para os riscos de hipertensão devido na maioria das vezes a falta de conhecimento da população. Considerando os riscos de doenças de hipertensão é importante elaborar um projeto de intervenção utilizando ações educativas para levar conhecimentos sobre os fatores de riscos da hipertensão e complicações e importância da adesão ao tratamento à população. Espera-se diminuir estes riscos e conseqüentemente haverá diminuição de incidência de casos novos e agravamento das patologias já existentes, complicações, possíveis sequelas e também mortalidade. O trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para o controle e adesão de hipertensão arterial no PSF "Cidade de Deus II" em Sete Lagoas, Minas Gerais. Este trabalho foi realizado através de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. A revisão da literatura realizou-se a partir de uma pesquisa *online* através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos e adesão do tratamento. Para a seleção da amostra foram revisados os artigos publicados, que tenham o texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa e inglesa que se refiram aos descritores hipertensão arterial risco cardiovascular aumentado e fatores de risco para hipertensão. Após a revisão, foi elaborado um plano de intervenção para obter maior controle e adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos. Os principais fatores encontrados que poderiam ajudar ao paciente a um melhor controle e adesão estão baseados nas ações educativas e comportamentais para obter mudanças nos estilos de vida não saudáveis, aumentar o conhecimento dos pacientes hipertensos sobre sua doença e as possíveis complicações geradas pelo controle inadequado. Para isso é importante o apoio dos profissionais da saúde e a equipe multidisciplinar para a realização do atendimento programado, o tratamento simplificado e a avaliação dos fatores de risco do paciente e assim obter uma maior adesão dos hipertensos a seu tratamento na atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Riscos. Prevenção. Hipertensão arterial.

## ABSTRACT

Cidades de Deus II a neighborhood in Sete Lagoas, practically isolated from the urban area, situated on the periphery. Administratively, is subordinate to the town Sete Lagoas. The team cidades de dues II seeks meet all population of the area composed of 3000 users being 963 (42.6%) were men and 1249 (57.3%) were women. Of them, 15 years of 2212 are bigger and have high prevalence of smoking, sedentary lifestyle, alcoholism, lipidemia, with an increase in hypertension risks due mostly to lack of knowledge of the population. Considering the risks of hypertension diseases it is important to elaborate a project of intervention using educational actions to take knowledge on the hypertension, complications, and importance addiction treatment risk factors to population. Expected to decrease these risks and consequently there will be reduction of incidence of new cases and worsening of already existing diseases, complications, sequel and mortality also possible. The team will receive training to level the knowledge. This intervention is important in the basic attention, since it allows the population to obtain the tools to minimize the development of hypertension diseases. The work aims to present a proposal for intervention to control and adhesionof blood hypertention the PSF Of God II Cities.This work was carried out trough three step. beams: situational analysis, revicion of literatures and developing a plan of .the intervention revicion literature was made from online pesquisa trough access to information center virtual library Health (VHL) trough database: Latin American and Caribbean literature in science and health (LILACS) scientific electronic online (SCIELO) about what factors for hypertension in adult cliff and addiction treatment. For the selection of the sample published articles were reviewed, which have the full text available and are in Portuguese and English language referring to arterial hypertensions descriptors, increased cardiovascular risk and risk factor hipertensao.Apos the revision was drawn up intervention plan to achieve greater control and adherence to treatment of patients hipertensos .Os main factors found that might help the patient to better control and adherence estam based on educational and compartmental action to achieve changes in styles of not healthy lives ,raises awareness of hypertensive patients about their disease and possible complications generative by inadequate control,for this and the important trigger of health professional and the multidisciplinary team to realizacao do scheduled service ,simplified treatment and the evaluation of patient risk factors and thus achieve greater adherence of patients to their treatment in primary health care.

Key words: Risk. Prevention.Hypertension diseases.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agente Comunitário da Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DRC - Doença Renal Crônica

DCV- Doença Cardiovascular

HAS - Hipertensão arterial sistêmica.

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura latino-americana e do Caribe.

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OMS- Organização Mundial da Saúde

PES- Planejamento Estratégico Situacional.

ESF - Equipe Saúde da Família



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Território do PSF “Cidade de Deus”, Sete Lagoas, MG, segundo número de famílias e habitantes por micro áreas 2014.....14

Tabela 2: Caracterização da população do ESF “Cidade de Deus”, município de Sete Lagoas, MG, segundo idade e gênero.....14

Tabela 3- Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe de saúde da família Cidade de Deus II, Bairro Cidade de Deus 2014..... 16

Tabela 4- Fatores de risco em pacientes da equipe de saúde da família, bairro Cidade de Deus, Sete Lagoas, 2014..... 16

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe Cidade de Deus II, Sete Lagoas 2013.....	31
Quadro 2- Desenho das operações para resolução dos "nos críticos" do problema: fatores de risco de hipertensão - 2014.....	34
Quadro 3- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos críticos" do problema risco de hipertensão.....	36
Quadro 4- Propostas de ações para a motivação dos atores.....	36
Quadro 5- Plano operativo-2014.....	37

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Depois de feito o diagnóstico de saúde na unidade de saúde (ESF) Cidade de Deus II a Hipertensão Arterial foi detectada como o problema de saúde mais importante que afeta a nossa comunidade, semelhantemente ao que acontece no Estado de Minas Gerais, no Brasil, países de Europa, Japão, Ásia e outros países da América, um problema de saúde que tem repercussão na sociedade e precisa de sua atenção. (KUMAR, 2009 e DREISBACH, 2010) Hipertensão arterial é uma doença que se caracteriza por aumento de cifras de pressão sanguínea nas artérias, não possuindo uma definição do limite entre risco e níveis seguros, mas há um consenso internacional que uma pressão sistólica mantida acima de 139 mmhg e uma pressão diastólica de 89 mmhg, está associada com aumento medível do risco de aterosclerose e considera-se como uma hipertensão clínica significativa. (JOSÉ, 2010)

Hipertensão arterial se associa a morbidade e mortalidade elevada e se considera um problema mais importante em saúde pública, especialmente em países desenvolvidos, afetando milhões de pessoas a nível mundial; é uma doença assintomática na maioria de ocasiões e fácil de detectar, podendo ter complicações graves e letais, como as cerebrovasculares e renais. (LESSA, 1993)

A pressão arterial proporciona força impulsora que leva o sangue através do sistema cardiovascular, essencial para a vida, além disso, fornece perfusão a órgãos críticos como cérebro. Ela desempenha um papel fundamental na otimização das funções destes órgãos (GUYTON, 2006).

A pressão sanguínea e homeostase do sódio estão relacionadas através de mecanismos de natriurese por pressão: quando a pressão de perfusão se eleva aumenta a produção do sódio renal e do líquido extracelular, provocando que volumes sanguíneos se contraiam em uma quantidade suficiente para retornar a sua linha básica (BUGALHO, *et al*, 2004).

Dado que a pressão arterial é regulada por diversos fatores nervosos, hormonais e locais que trabalham de jeito coordenado com auto-regulação mantido

esta com limite estreito, diferentes fatores como herança e estilo da vida, sistema nervoso simpático, ingestão de sal, hormonais e substâncias liberadas por endotélio podem mudar o gasto cardíaco e a resistência periférica e iniciar a hipertensão arterial. A maioria dos pacientes com HAS não tem sintomas específico com relação a sua pressão e só se identificam no curso da exploração física, podendo apresentar cefaléia, epistaxe, mudança de visão, tinnitus, batimento cardíaco acelerado, tontura, fraqueza, insônia e nervosismo (PEREIRA, 2006).

Foi realizado um estudo populacional em 14.783 indivíduos que tinham valores pressóricos de 140x90mmHg e encontrou se que somente 19,6% deles realizavam controle de sua pressão periodicamente (ROSARIO, *et al.*, 2009).

No mundo, no ano 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes relacionadas com valores elevados de pressão arterial ocorreram, a maioria em países em desenvolvimento, sendo mais da metade prevalente em pessoa com idades entre 45 e 69 anos. No Brasil no ano 2007 teve 308.466 mortes por doenças do aparelho circulatório (MALTA *et al.*, 2009).

Os fatores de risco não modificáveis que contribuem para o aumento da pressão arterial são herança genética, idade e raça e algumas doença modificáveis como diabetes, obesidades, tabagismo, consumo excessivo de álcool, e uso de anticoncepcionais orais, hipercolesterolêmica, sedentarismo, estresse e consumo de alguns medicamentos (BRASIL, 2001).

### **1.1 Territórios sobre responsabilidade do ESF “Cidade de Deus II”**

A unidade de saúde, ESF “Cidade de Deus”, funciona em uma nova unidade básica com muito conforto e espaço no Barrio Cidade de Deus. Possui uma sala de espera, recepção, três consultórios, sala de curativo e de vacinas, sala de medicação e medidas antropométricas. Há 2 banheiros: 1 para funcionários e 1 disponível para a população. O posto de saúde está formando por 5 ACS, 1 enfermeira, 1 auxiliares de enfermagem, 1médicos; uma equipe de saúde bucal, 1 farmacêutico, 1 recepcionista e 1 auxiliar geral. O horário de trabalho é de 07:00 às 16:00.

O território sob responsabilidade do ESF “Cidade de Deus II” abrange no bairro do mesmo nome “Cidade de Deus” e conta com cinco micro áreas com as seguintes composições:

**Tabela 1:** Território do PSF “Cidade de Deus”, Sete Lagoas, MG, segundo número de famílias e habitantes por micro áreas 2014.

Micro área	Famílias	Habitantes
01	200	740
02	180	680
03	102	450
04	122	520
05	142	610
<b>Total</b>	<b>746</b>	<b>3000</b>

Fonte: Registro da equipe

**Tabela 2:** Caracterização da população do ESF “Cidade de Deus”, município de Sete Lagoas, MG, segundo idade e gênero:

Faixa etária	Sexo				Total	
	M	%	F	%	No	%
< 1 ano	28	58,33	20	41.66	48	1.6
1 - 4 anos	96	40	144	60	240	8
5 - 9 anos	125	48.07	135	51.9	260	8.6
10 - 14 anos	95	33.33	190	66.66	285	9.5
15 - 19 anos	110	39.28	170	60.71	280	9.3
20 - 24 anos	120	37.5	200	62.5	320	10.6
25 - 29 anos	190	44.18	240	55.81	430	14.3
30 - 34 anos	160	40.40	226	57.07	396	13.2

35 - 39 anos	110	47.82	130	56.52	230	7.6
40 - 44 anos	66	47.14	74	52.85	140	4.6
45 - 49 anos	41	45.55	47	52.22	90	3
50 - 54 anos	40	44.44	50	55.55	90	3
55 - 59 anos	43	53.75	47	58.75	80	2.6
60 - 64 anos	17	39.53	26	60.46	43	1.4
65 - 69 anos	18	45	22	55	40	1.3
70 e mais	13	43.33	17	56.66	30	1
Total	1262	42.06	1738	57.93	3000	100

Fonte: Registro da equipe

## 1.2 Recursos da Comunidade

A comunidade adscrita conta com os seguintes recursos para a população: 2 escolas, uma creche, 3 igrejas. 2 bares, não há clínicas privadas, nenhuma indústria perto da comunidade, conta com serviço de luz elétrica, água potável, telefonia e o serviço de laboratório municipal atende com dias definidos para a coleta de sangue. Existem farmácias, bancos do Brasil, Santander, Itaú, Caixa, bem como múltiplas loterias, correios, lojas e mercearias.

O relato de morbidade em maiores de 15 anos de idade segundo as folhas de produção mensal do ano 2013 estão expostos na tabela 3. Os principais fatores de risco estão na tabela 4:

**Tabela 3-** Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe de saúde da família Cidade de Deus II, Bairro Cidade de Deus 2014.

<b>Morbidade</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Tabagismo	314	10,4
Sedentarismo	456	15,2
Alcoolismo	51	1,7
Hipertensão Arterial	212	7,06
Acidente Vascular Encefálico	15	0,5
Diabetes Mellitus	57	1,9
Câncer	9	0,3

**Tabela 4-** Fatores de risco em pacientes da equipe de saúde da família, bairro Cidade de Deus, Sete Lagoas, 2014.

<b>Fator de risco</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Tabagismo	314	10,4
Sedentarismo	456	15,2
Alcoolismo	51	1,7
Lipidemias	300	10
Obesidade	80	2,6
Ingestão de sódio	800	26,6
<b>Total</b>	<b>1231</b>	<b>100%</b>
<b>Paciente com fator risco</b>		

Fonte: Registro da equipe-2014 e questionário semi-estruturados

Assim vemos que ingestão de sódio (26,6%), lipídemia (10 %), tabagismo (10,4%), o sedentarismo (15,2%), ocupam os índices percentuais mais altos dos



fatores de risco os quais são considerados fatores de risco de hipertensão na população.

A equipe de saúde em seu trabalho diário faz atividade de promoção e prevenção; apesar disso não consegue proporcionar fácil mudança no estilo de vida da população na área de abrangência. É necessário que ocorram mudanças urgentes para melhor qualidade de vida do paciente com hipertensão e evitar complicações.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica deve ser considerada um problema de saúde, e um importante fator de risco cardiovascular. Sua prevalência gira em torno de 20%, grande parte de hipertensos desconhece sua condição e dos que a conhecem, apenas cerca de 30% apresenta um controle adequado no Brasil, apesar de não ter estudo de prevalência com representatividade nacional e com padronização adequada, os estudos localizados mostram sempre valores elevados. As Doenças Cardiovasculares (DCV) geram custos econômicos e sociais elevados por ser causa frequente de morbidade, internações e mortalidade sendo a pressão arterial elevada o maior causa de mortalidade por DCV. (NOBRE *et al*, 2010).

Deve ser prioridade da Atenção Básica o controle adequado dos pacientes com HAS a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado são essenciais para diminuir as complicações de órgãos alvo: cérebro, coração e rins e doença cérebro-vascular, cardiovascular e renal. Busca-se também o menor gasto com os recursos disponíveis por assistência a unidades de saúde e internações hospitalares. É evidente durante as consultas médicas e de enfermagem a falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS. Dessa forma, devido à alta prevalência de HAS na população da área de abrangência do ESF “Cidade de Deus” e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante ao possibilitar melhora da qualidade de saúde e de vida na população adscrita, reduzindo a morbi-mortalidade relacionada às DCV.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e participativa na procura em elevar a cultura sanitária ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde e evitar complicações e muita ocasiões a mortalidade por a doença. Acredita-se que o

resultado desse trabalho pode servir de suporte para os médicos, enfermeiros e os demais profissionais da ESF. Pois a ausência de conhecimento acerca do problema pode se tornar um obstáculo para o sucesso de ações desenvolvidas para contemplar grandes grupos. As ações educativas podem ser mais bem trabalhadas pelos profissionais de saúde tanto na modalidade de grupos como na atenção individualizada, na expectativa de que haja uma melhor compreensão e sensibilização para a importância da prevenção.

A sensibilização da população para a importância da mudança de hábitos de vida e autocuidado poderá contribuir para a redução da morbi-mortalidade só será factível por meio da prevenção e promoção da saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

Elaborar um plano de intervenção para controle e adesão ao tratamento da hipertensão arterial no posto de saúde Cidade de Deus II do município Sete Lagoas.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 1.Realizar uma revisão de literatura sobre Hipertensão Arterial .
- 2.Descrever os fatores relacionados ao controle e adesão do paciente hipertenso ao tratamento.

#### 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção para o controle e adesão do tratamento o trabalho foi executado três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Primeiramente, foi executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde de Cidade de Deus II. O diagnóstico foi baseado no método de estimativa rápida, que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades sentida e problemas e também os atores sociais, a comunidade em geral etc.

Os dados levantados por meio deste método foram coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos semi-estruturados ligados ao objetivo e na observação ativa da área.

Para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto foi realizada revisão narrativa da literatura por meio de levantamento bibliográfico de textos, livros, artigos científicos. Os dados foram coletados nas bases da Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e SCIELO, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) os descritores em Ciências da Saúde foram utilizados: riscos, prevenção, doenças cardiovasculares.

Foi realizada uma proposta para a elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe do ESF Cidade de Deus com vista á aumentar a adesão ao tratamento da população hipertensa e envolve a seleção dos nos críticos, o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, o analise de viabilidade e elaboração do plano operativo.

## 5 REVISAO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública e um importante fator de risco cardiovascular e sua prevalência gira em torno de 20%. Muitos hipertensos desconhecem sua condição e dos que a conhecem, apenas cerca de 30% apresenta um controle adequado (SOC. BRAS HIPERTENS, 2002)

A Organização Mundial de Saúde mostra prevalência de HAS (pressão arterial sistólica (PAS) maior o igual 160mmhg ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual 95mmhg ou usando medicação anti-hipertensiva) de 9% a 34% em homens e de 12% a 30% em mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos respectivamente (OMS, 2006).

No estudo de Passo Fundo no Rio Grande do Sul a prevalência de HAS em pessoas entre 18 e 74 anos foi de 21,9% e 24,7% em homens e 19,8% em mulheres. Na cidade de Bambuí (MG) em estudo populacional com todos os habitantes da cidade com 60 anos ou mais encontrou-se uma prevalência de HAS (PA maior o igual 140x90mmhg) de 49,4% nessa faixa etária contra 12,8% entre indivíduo de 18 a 59 anos (TRINDADE, 1998).

Em estudo realizado na cidade de pelotas, Rio Grande do Sul, em 2007, com 1.657 indivíduos de 20 a 69 anos em 1997, encontrou-se uma prevalência de HAS de 19,8% (critério de 160 x 95 mmhg), com uma taxa de conhecimento do diagnóstico de 73%. O controle da HAS (PA menor de 160 com 90mmg) foi encontrado em 31% do hipertensos. Na cidade Cantanduva (SP), num estudo seccional realizado com 688 indivíduos com mais de 18 anos, utilizando como critério de hipertensão arterial o nível pressórico de 140x90 mmhg encontrou-se uma prevalência de HAS de 31,5%; desses apenas 27,6% apresentavam HAS controlada. No estudo de Passo do Fundo, 53,3% do indivíduos hipertensos estavam fazendo uso de antihipertensivo e apenas 20% apresentavam pressão controlada (TRINDADE, 1998).

Nos últimos anos o conceito de anormalidades da pressão arterial tem evoluído e a prevalência da hipertensão arterial tem mudado dependendo do nível de “normalidade” que seja estimado, sendo afirmado que não existe uma linha divisória entre pressão normal e hipertensão. (CHOBANIAN, *et al.*, 2003 )

Os fatores de risco são condições que se associam a uma probabilidade aumentada de desenvolver doença de hipertensão. Eles são imutáveis e mutáveis (SANTOS *et al.*, 2002).

No que diz respeito aos fatores mutáveis das doenças de hipertensão, isto é, são aqueles que são alterados adquirindo novos estilos de vida, os quais podem interromper de fato prematuramente ou minimizar em casos mais avançados a possibilidade de ocorrência de um evento cardiovascular e suas conseqüentes complicações, garantindo assim, melhor qualidade de vida da população envolvida (SANTOS,*et al.*, 2002).

Dentro dos fatores de risco mutáveis podemos mencionar em primeiro lugar o tabagismo, que de acordo com Araújo *et al.* (2004), é considerado pela Organização Mundial de Saúde “como uma doença tendo em vista que a nicotina contida no cigarro causa dependência, gerando alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma”. Essa dependência tende a aumentar na proporção a intensidade e duração do hábito de fumar e pode ser diminuído com a interrupção do vício.

Para Araújo *et al.*(2004) ser tabagista implica em uma maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, pulmonares e vários tipos de câncer, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial além da elevação dos níveis de colesterol e na coagulação sanguínea. Destaca-se que o tabaco pode anular a atuação de alguns medicamentos para doenças cardiovasculares. Pacientes hipertensos e fumantes apresentam maior risco de morte por hipertensão e cardiopatia isquêmica.

Sua presença pode provocar problemas bastante sérios como cardiopatias, infarto, perda de visão, doença renal crônica, acidente vascular cerebral. O controle do tabagismo é indispensável principalmente em pacientes da raça negra, ou portadores de doenças hipertensivas, não responsivas ou de mal prognóstico (ALVAREZ, 2008).

A obesidade é dos maiores fatores de risco para o aparecimento da hipertensão, sendo também é um fator de risco independente para a doença cardiovascular. O índice de doença associada à obesidade é proporcional ao aumento do IMC. Os indivíduos com "Obesidade Mórbida" tem mais chance de desenvolver doenças como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, elevação do colesterol e triglicérides (ALVAREZ, 2008).

Os confortos da vida moderna levam a um comportamento sedentário, os indivíduos gastam poucas calorias por semana com atividades ocupacionais podendo ser um fator de causa do aumento da incidência de várias doenças. O indivíduo sedentário fica susceptível a desenvolver hipertensão arterial, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio. O sedentarismo é considerado o principal fator de risco para a morte súbita, estando na maioria das vezes associado direta ou indiretamente às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças (ALVAREZ, 2008).

O alcoolismo é uma doença relacionada ao consumo excessivo e prolongada do álcool, caracterizada por existência de vários diagnósticos como a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo, porém não continuado), intoxicação por álcool (embriaguez). O consumo prolongado de bebida alcoólica causa diversos problemas como arritmias, trombozes, acidente vascular cerebral, entre outros (ALVAREZ, 2008).

O Colesterol, os riscos de doença da hipertensão aumentam à medida que os níveis de colesterol estão mais elevados no sangue. Junto a outros fatores de risco e fumo esse risco é ainda maior. Esse fator de risco é agravado pela idade, sexo e dieta inadequada (ALVAREZ, 2008).



O objetivo da intervenção na doença crônica também passa pela promoção da saúde, enfatizando a diminuição de comportamentos de risco e tendo como objetivo aumentar os comportamentos de saúde, no sentido de diminuir a progressão da doença, aumentar a qualidade de vida e favorecer um bom controle e adaptação à doença (BRESLOW, 1999). Em termos globais podemos constatar um efeito positivo de programas de intervenção baseados em promoção da saúde, verificando-se mudanças positivas ao nível dos estilos de vida dos participantes. De fato, os resultados indicaram que os participantes foram capazes de assimilar competências ao nível da modificação dos estilos de vida, adotando estilos de vida mais saudáveis, particularmente ao nível da alimentação e da gestão do stress. Estes resultados vão ao encontro da literatura que mostra a eficácia de programas de intervenção em promoção da saúde na hipertensão direcionados para a alteração de estilos de vida (GORDON, et al., 2004; RAINFORTH, et al., 2007).

Nesse tipo de programa, baseado em promoção da saúde, procurou-se alterar estilos de vida, ao nível da alimentação, através da consciência do usuário para a redução do consumo de sal fornecendo informações sobre as quantidades ideais de sal que um hipertenso poderia consumir e fornecendo igualmente protótipos de receitas que os participantes poderiam incluir na sua alimentação. Além disto, foram ainda oferecidos aos participantes panfletos com informações sobre formas de cozinhar sem sal. Num programa de intervenção em estilos de vida nos hipertensos, Gordon e colaboradores (2004) obtiveram resultados similares, demonstrando a eficácia de uma dieta saudável na diminuição da pressão arterial sendo um fator importante em doentes com hipertensão arterial.

Ao nível da adesão à medicação a participação no programa não podia produzir grandes mudanças, dado que os participantes possuíam níveis elevados de adesão antes do início do programa, indo ao encontro de um estudo de Ross et al. (2004), na população hipertensa, que refere que a adesão ao tratamento medicamentoso é alta uma vez que os pacientes acreditam que a medicação é necessária e imprescindível ao tratamento. Ao nível das representações da doença as mudanças ocorreram apenas para um dos participantes, ao nível das representações cognitivas. Estes resultados apontam para um efeito positivo da intervenção ao nível da dimensão de controle pessoal, do tratamento,

consequências, duração, sintomas e identidade. Neste programa de intervenção procurou-se intervir na educação acerca da hipertensão (sintomas, causas, complicações, tratamento e evolução), contudo existiu apenas uma sessão dedicada às cognições da doença, podendo dever-se a este fato, a mudança apenas de um participante a este nível. Porém, além da relevância clínica este ganho é igualmente importante na manutenção de uma boa adesão ao tratamento (ROSS, et al., 2004).

A prevenção desses fatores de riscos será abordada utilizando ações educativas. Assim sendo, as atitudes efetivas de prevenção devem ser incentivadas pela equipe de saúde no sentido de elevar a qualidade de vida das pessoas e diminuir tanto o adoecimento quanto as suas consequências (BRASIL, 2006). Embora na ESF, prioriza estratégias preventivas, o que se observa no dia a dia nos serviços de saúde são ações ainda muito centradas na doença e não no trabalho educativo do paciente, mudanças de hábitos e estilo de vida.

O indivíduo é capacitado com metodologias adequadas de acordo com as suas necessidades, com o perfil do município e da região. Também oferece informações de qualidade sobre a saúde, condições de vida de sua comunidade, de modo a motivar sua utilização (BRASIL, 2006).

A ação educativa nem sempre produz transformações imediatas no comportamento porque é impossível perceber em que momento acontece o despertar crítico durante o processo educativo, que deve ser o repasse do conhecimento do profissional para ser um novo saber construído (ALVIM, et al. , 2007).

No modelo proposto para a ESF à implantação de ações educativas pode acarretar muitas dificuldades pela falta de informações corretas. Este fato possibilita o desenvolvimento de concepções erradas, os valores culturais sem correspondência com a realidade podem representar uma grande barreira para os profissionais que atuam na promoção da saúde e na prevenção de doenças. (OLIVEIRA, 2013).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do ESF “Cidade de Deus”

O plano de ação foi descrito por Campos; Faria e Santos, (2010) como um instrumento que permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa. Foram seguidos os passos preconizados no PES. Foi considerada favorável a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

#### ❖ Primeiro passo: definição dos problemas

Foram definidos os principais problemas através da estimativa rápida. Os principais problemas diagnosticados foram os seguintes

- Alto número de pacientes hipertensos
- Alto número de pacientes diabéticos
- Obesidades
- Sedentarismo
- Tabagismo
- Hiperlipemia
- Falta de adesão da população a atividades de promoção e prevenção de doenças
- Ingestão de sal
- Alcoolismo

Em discussão com a equipe foi concluído que todos esses problemas são reunidos em um grupo só, representando o número elevado de fatores de risco para hipertensão e descontroles a mesma e influem na qualidade de vida desse paciente, o qual é predominante e deve-se trabalhar para diminuí-los.

### ❖ Segundo passo: priorização do problema

Depois de identificados os problemas, estes foram priorizados, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Após essa análise os problemas foram selecionados quanto à prioridade, avaliando os seguintes critérios:

- Atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema,
- Distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência,
- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe,
- Enumerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.
- Capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto (CAMPOS, *et al.*, 2010).

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe Cidade de Deus II..2015

<b>Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Alto número de hipertensos	Alta	9	Parcial	1
Paciente diabético em tratamento irregular	Alta	8	Parcial	3
Falta de adesão da população a atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças	Alta	9	Parcial	1
Sedentarismo	Alta	7	Parcial	3
Obesidades	Alta	8	Parcial	2

Tabagismo	Alta	7	Parcial	4
Lipidemia	Alta	8	Parcial	2
Ingestão de sal	Alta	9	Parcial	1
Alcoolismo	Alta	7	Parcial	5

A equipe considerou reunir os problemas identificados em um problema único, tendo em conta sua inter-relação: número elevado de fatores de risco de hipertensão.

### ❖ Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade. Este problema é baseado nos dados da tabela 1 e define-se com mais de 50% da população maior de 15 anos, tanto homens quanto mulheres, apresentam fatores de risco de hipertensão.

É importante ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação. Dessa maneira foram feitos questionários semi-estruturados para que a equipe pudesse registrar informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento, por exemplo, com respeito ao estilo de vida, adesão do tratamento, etc., que poderiam fortalecer mais a discussão do problema em questão.

A hipertensão contribui consideravelmente para a alta morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estas causam óbito e invalidam parcialmente ou totalmente o indivíduo e isto reflete diretamente em sua vida social, familiar e econômica das sociedades. Portanto, pesquisar mais sobre a temática das doenças de hipertensão e seus fatores de risco auxiliam ao profissional, equipe de Saúde a direcionam um trabalho específico visando à prevenção destas patologias e suas complicações para melhorar o paciente e sua qualidade de vida.

### ❖ Quarto passo: explicação do problema

Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a gênese dele.

O modelo de desenvolvimento econômico e social estabelecido determina tanto o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico (como as pessoas pensam, como vivem), assim como as políticas públicas, que por sua vez influenciam: hábitos e estilos de vida inadequados como sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, tabagismo e alcoolismo; aumento do nível de pressão social pelo desemprego e com isso estresse, violência e baixos salários e baixo nível de informação da população sobre os riscos, agravos e direitos sociais. As políticas públicas a sua vez influenciam o modelo assistencial da Estratégia de Saúde de Família que não é desenvolvida adequadamente o qual interfere no processo de trabalho, dificultando no uso de protocolos, apoio diagnóstico, referência e contra-referências, assim como a capacitação de pessoal e de fato a resposta do sistema de saúde. Sem se obter um funcionamento adequado destas últimas, se pode melhorar o acompanhamento de riscos e agravos, melhorar a autonomia do paciente com risco de hipertensão e outra doença aumentado através de uma atenção integral.

Ao não existir um funcionamento adequado, não se consegue modificar adequadamente o desenvolvimento de riscos ou agravos, pelo quais hábitos e estilos de vida inadequados unidos a fatores hereditários estão associados com a ocorrência de hipertensão arterial e outra doença exemplo diabetes mellitus e de feito ao aumento de doença cardiovascular, podendo hipertensão arterial causar infarto agudo de miocárdio, acidente vascular encefálico e doença renal crônica, retinopatia hipertensiva assim como invalidez, aposentadoria precoce, aumento de desemprego e aumento da mortalidade.

#### ❖ **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando “atacadas”, são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS, *et al.*, 2010).

Identificamos como "nós críticos" do problema escolhido os seguintes:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação;
- Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde;

❖ **Sexto passo: desenho das operações**

As operações são conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrevê-las, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS, *et al.* 2010).

A equipe propôs, a partir dos "nós críticos" identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

No desenvolvimento do plano serão utilizadas as ações educativas: palestras, oficinas, rodas de discussão e formação de grupos como também orientações individuais para alcançar os objetivos dos nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados e o baixo nível de informação sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares apresentados pela população.

Para o nó crítico desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde necessita de uma equipe cooperativa para assumir a organização e estruturação do trabalho que é um fator impeditivo para realizar as atividades com eficiência. Serão realizadas reuniões semanais e depois quinzenais para o acompanhamento das mudanças necessárias. Para atingir o objetivo proposto vamos seguir o que é preconizado por Brenna *et al.* (2001) apud Oliveira (2014): o diálogo. Ele é considerado a melhor estratégia para se criar uma atmosfera de confiança e aproximação entre as pessoas. Acreditamos que o espaço para o diálogo construído, poderá melhorar o índice de adesão da equipe tanto da comunidade elevando a participação e conscientização com relação às mudanças propostas e a

importância da realização delas refletindo no fortalecimento dos laços e a confiança entre todos participantes desse processo.

Quadro 2 - Desenho das operações para resolução dos "nos críticos" do problema: fatores de risco cardiovascular - 2014

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Melhor estilo de vida</b> Conscientizar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida	População consciente e responsável. Adesão da população às mudanças propostas.	Diminuição em 10% o número de tabagistas, obesos e sedentários pressão arterial controlada	<u>Organizacional:</u> organizar as atividades físicas <u>Cognitivo:</u> informação sobre os temas <u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Baixo nível de conhecimento sobre os fatores de risco para as doenças de hipertensão	<b>Novos conhecimentos/</b> Implantar um programa educativo para população. -Agendar as atividades com a população.	-População mais informada sobre riscos de hipertensão. -População mais comprometida. -Atividades agendadas	-Programa educativo para população implantado. População informada.	<u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. <u>Organizacional:</u> organização da agenda. <u>Político:</u> articulação intersetorial e mobilização social
Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde	<b>A pronta organização/</b> -Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. - Estabelecer o sistema de cuidado para risco de hipertensão	Cobertura de 95% da população com risco de hipertensão.  Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento do processo de trabalho  - Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe.	Sistema de cuidado para risco de hipertensão implantado; protocolos implantados, recursos humanos capacitados, regulação implantada.	<u>Cognitivo:</u> elaboração de projeto do sistema de cuidados e protocolos. <u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <u>Organizacional:</u> adequação de fluxos



❖ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.**

Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

No seguinte quadro estão os recursos críticos identificados pela equipe.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema risco de hipertensão.

**Operação/ Projeto**

<b>Melhor estilo de vida/</b> Conscientizar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida	<u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Novos conhecimentos/</b> Implantar um programa educativo para população -Agendar as atividades com a população.	<u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social
<b>A pronta organização</b> -Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. - Estabelecer o sistema de cuidado para risco de hipertensão arterial.	<u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

➤ **Oitavo passo: análise de viabilidade do plano**

Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos, como sintetizado no Quadro 6.

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	

<b>melhor estilo de vida/</b> Conscientizar a população para mudanças nos hábitos e estilos de vida	<u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de educação	Favorável	Não é necessária
<b>Novos conhecimentos/</b> Implantar um programa educativo para população -Agendar as atividades com a população.	<u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social	Secretaria de educação	Favorável	Apresentar o projeto educativo
<b>A pronta organização</b> -Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. - Estabelecer o sistema de cuidado para risco de hipertensão arterial.	<u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretario de saúde	Favorável	Não é necessária

#### ❖ Nono passo: elaboração do plano operativo

Aqui foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações.

Quadro 5 Plano operativo-2014

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Melhor estilo de vida/</b> Conscientizar a população para	População consciente e responsável. Adesão da população as	Diminuição em 10% o número de tabagistas, obesos e sedenta	Não é necessária	Enfermeira e Técnico de enfermagem	3 meses para o início das atividades

mudanças nos hábitos e estilos de vida	mudanças propostas.	rios e pressão arterial controlados				
<b>Novos conhecimentos/Implantar um programa educativo para população</b> -Agendar as atividades com a população.	-População mais informada sobre riscos de hipertensão e complicações -População mais comprometida. -Atividades agendadas	-Programa educativo para população implantado População informada	Apresentar o projeto educativo	Enfermeira e ACS	Início em seis meses e término em 12 meses. Avaliação aos 12 meses.	
<b>A pronta organização</b> -Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. - Estabelecer o sistema de cuidado para risco de hipertensão.	Cobertura de 95% da população com risco de hipertensão. Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento do processo de trabalho - Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe.	Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada	Não é necessária	Médica e coordenador de ABS	Início em 03 meses e término em 12 meses.	

**❖ Décimo passo: gestão do plano**

O décimo passo importante no momento quando a equipe discute e define o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Inicialmente serão realizadas reuniões mensais e depois quinzenais para fazer o monitoramento e as adequações necessárias para o melhor desenvolvimento do plano.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

Considero muito importante que a hipertensão deve ter uma especial atenção em função dos altos índices de incidência, prevalência, morbimortalidade, complicações, impacto para a família e pelos altos custos que implicam para a economia de qualquer sociedade. São muitas as ocorrências de episódios de crise de hipertensão decorrentes dos hábitos e estilos de vidas inadequados, cada vez mais comuns nas comunidades, os quais, são gerados pelo ritmo da vida atual e também pelo consumismo, vai ganhando espaço também nas populações jovens virando num problema geral. Com a ferramenta que será aplicada será possível elevar o nível da cultura sanitária e um controle adequado de sua doença e adesão ao tratamento.

É muito importante que exista uma boa relação medico- paciente – equipe de saúde para que tenha um bom sucesso o tratamento efetivo do paciente hipertenso. É por isso que se faz necessário desenvolver estratégias coletivas e individuais para a abordagem do paciente. Daí se pressupõe o trabalho consagrado da equipe multidisciplinar para obter mudanças favoráveis no modo e estilo de vida do paciente hipertenso e assim obter um maior controle e adesão ao tratamento.

A implantação desse projeto de intervenção vai nos permitir modificar por meio das mudanças dos fatores de riscos e estilo de vida saudável, o curso destas e outras doenças, como as cardiovasculares, cérebro vasculares, diabetes mellitus, que tanto prejudicam nossa sociedade. De fato, através deste trabalho nossa equipe poderá comprovar uma ampla receptividade ao tema por parte da população, com significativos progressos no controle do peso corporal, da hipertensão arterial, mudança de outros fatores de riscos como, o tabagismo, alimentação adequada, ingestão de sal, obesidade, sedentarismo, lipidemia, o etilismo que ainda representam um consumo excessivo, principalmente nas populações jovens, em lugares de lazer, recreação, entre outros.

Considero conveniente massificar a aplicação desta proposta de trabalho, pelas equipes com comunidades identificadas com os mesmos problemas de saúde, realizar trabalhos futuros de intervenções mais direcionados ao universo das

populações e sensibilizar funcionários e instituições, na busca de alternativas que promovam padrões de vida saudáveis dentro da comunidade, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Acredita-se que as ações educativas de promoção e prevenção poderão contribuir para prevenir o descontrole da hipertensão, evitar complicações e assim para a melhoria da assistência a saúde. Sua importância no processo de mudança dentro do caráter preventivo e para promoção da saúde já foi comprovada.

Além disto, este programa foi dirigido apenas a pacientes com hipertensão. Contudo, os estudos mostram que as intervenções eficazes na modificação dos comportamentos de risco devem incluir na sua abordagem o apoio social do parceiro e da família, uma vez que estes ajudam a motivar e manter a mudança dos comportamentos (PEREIRA, 2006). Neste sentido, programas futuros deverão incluir a participação dos parceiros neste tipo de programas de intervenção. Com a ferramenta que será aplicada será possível elevar o nível da cultura sanitária e um controle adequado de sua doença e adesão ao tratamento, melhorando a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ S., R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social. Havana: **Editorial Ciências Médicas**, v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto, Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-9, abril/junho, 2007.

ARAÚJO, A. J de *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** [online]. v.30, suppl.2, p. S1-S76, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/doc/miolo2002.pdf>. Acesso em 30 jul 2003.

BRESLOW, L. (1999). From disease prevention to health promotion. **Journal of American Medical Association**, 281, 1030-1033. doi:10.1001/jama.281.11.1030

BUGALHO, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CHOBANIAN A.V., Bakris G.L., Black H.R., Cushman W.C., Green L.A., Izzo J.L. Jr., Jones D.W., Materson B.J., Oparil S., Wright J.T. Jr., Roccella E.J. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. **JAMA** 2003; 289:2560-71.

DREISBACH, Albert W; Sat Sharma y Claude Kortas (feb de 2010). *Nephrology: Hypertension and the Kidney*. eMedicine.com. Consultado el 5 de julio de 2010.

GORDON, N. F., Salmon, R. D., Franklin, B. A, Sperling, L. S., Hall, L., Leighton, R. F., & Haskell, W. L. (2004). Effectiveness of therapeutic lifestyle changes in patients with hypertension, hyperlipidemia, and/or hyperglycemia. *The American Journal of Cardiology*, 94, 1558–1561. doi:10.1016/j.amjcard.2004.08.039

GUYTON, A. C., 1919-2003. Tratado de fisiologia médica / Arthur C. Guyton, John E. HALL, 2006; tradução de Barbara de Alencar Martins... [et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HORNE, R. (2001). Non-adherence to medication: causes and implications for care. In P. Gard (Ed.), *A behavioral approach to pharmacy practice* (pp. 111–130). Oxford: Blackwell. [ [Links](#) ]

JOSÉ F. Guadalajara Boo. *Programa de actualización continúa para Cardiología*. 2010.pp. p8.

KUMAR, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD (2009). «Cap. 11 Hypertensive vascular disease». En Saunders (Elsevier). *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease* (8th edición). [ISBN 978-1-4160-3121-5](#).

LESSA, I. Estudos Brasileiros Sobre a Epidemiologia da Hipertensão Arterial: Análise Crítica dos Estudos de Prevalência. CENEPI. Informe Epidemiológico do SUS, 1993.

MALTA, D. C *et al.* Doença crônicas não transmissíveis : **Mortalidade e fatores de risco no Brasil**.1990 a 2006 in saúde Brasil 2008. Ministério da saúde, Brasília. 2009. Pag. 337-362.

MARVIN Moser, MD. Widespread Misconceptions."The Treatment of Hypertension: A story of Myths, Misconceptions, Controversies and Heroics. Second Edition, Le Jacq Communications, Inc & Marvin Moser. 2002:1-9.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro , vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.

OLIVEIRA, T. L. et. al., Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.

OMS Informe sobre la salud en el mundo 2006. Genebra 2006; 1-16.

PEREIRA, M. G. (2006). Família, saúde e doença. In J. C. Teixeira (Ed.), *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 251-271).Lisboa: Climepsi

PEREIRA, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2012).Adaptação do questionário de adesão à medicação numa amostra de pacientes portugueses com diabetes tipo 2.*Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15, 148-166

RAINFORTH, M. V, Schneider, R. H., Nidich, S. I., Gaylord-King, C., Salerno, J. W., & Anderson, J. W. (2007). Stress reduction programs in patients with



elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Current Hypertension Reports*, 9, 520-528. doi:10.1007/s11906-007-0094-3

ROSARIO, T.M. SCALA, L.C.N.S. FRAÇA, G.V; A; JARDIM, PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres, MT. **Arq Bras Card**, 93(6):672-678 2009.

SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. da R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. v.46, n.3, p. 212-214, 2002.

SCOTT R.W. Clinical Blood Pressure. In: Tice F. *Pract Med*, 1946; 6:93-114.

SIMÃO, M; NOGUEIRA, M.S; HAYASHIDA, M; CESARINO, E.J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico on line] v.4, n.2, p. p. 27 – 35, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. V.3, 9° ed. RJ: Ed Guanabara koogan S.A., 2002.

SOCIEDADES BRASILERAS DE CARDIOLOGIA V Diretrizes Brasileiras de hipertensão. **ARQ BRAS CARDIOL**. 2006. IM. Diretrizes Brasileira de hipertensão VI. **Rev hipertensão**, v-13.n.1 , 2010

TRIGUEIRO, Janaína von Söhsten . Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. v. 8,n.4, p.660-666, Paraíba, out./dez.2009.

TRINDADE IS, Heineck G, Machado JR, Ayzemberg H, Formighieri M, Crestani M, et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** 1998;71(2):127-30.