

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA

ELAISIS DIAZ MEDINA

**ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA
DA POPULAÇÃO DE BOA SORTE, MUNICIPIO SÃO JOÃO DO
PARAISO - MINAS GERAIS.**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2016

ELAISIS DIAZ MEDINA

**ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA
DA POPULAÇÃO DE BOA SORTE, MUNICÍPIO SÃO JOÃO DO
PARAISO - MINAS GERAIS**

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: ANDRÉ LUIZ DOS SANTOS CABRAL.

ELAISIS DIAZ MEDINA

**ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA
DA POPULAÇÃO DE BOA SORTE, MUNICÍPIO SÃO JOÃO DO
PARAISO - MINAS GERAIS**

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.

Banca examinadora:

Prof. André Luiz dos Santos Cabral - Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Flavia cassanta morini

Aprovada em Belo Horizonte: 11 / 02 / 2016

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2016**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, por serem tão especiais em minha vida;
Às minhas irmãs que me ajudaram e se esforçam para me manter;
Ao meu filho, grande incentivo para que eu continue nesta luta.

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus pela vida;

Aos professores que me orientaram ao longo do curso;

A meus amigos e colegas que ajudaram e apoiaram;

A minha equipe de trabalho.

PENSAMENTO

“A educação é a arma mais poderosa que pude usar para mudar o mundo”

NELSON MANDELA

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações. A Hipertensão Arterial Sistêmica tem se consolidado nas últimas décadas como um dos mais preocupantes problemas de saúde em nosso país, resultando em grande demanda para o Sistema Único de Saúde, que concentra 75% dos atendimentos, nos diversos níveis de atenção à saúde. A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes *mellitus*. Após o diagnóstico de hipertensão arterial faz-se necessário a mudança no estilo de vida do indivíduo. Alterar esse estilo de vida não é uma tarefa fácil, porém se torna útil, pois assim o objetivo do tratamento será alcançado e o paciente poderá usufruir de uma vida mais saudável. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para reduzir a prevalência de hipertensão arterial no PSF Boa Sorte de São João do Paraíso, Minas Gerais. Para a revisão bibliográfica, optou-se por 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) acerca dos fatores de risco para hipertensão arterial em adultos. Os descritores utilizados para busca foram Hipertensão arterial, fatores de risco e Atenção Primária à Saúde. As principais propostas apresentadas foram aumentar o conhecimento acerca da hipertensão arterial, adoção aos modos e estilos de vida saudáveis pelos pacientes hipertensos, aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de riscos e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Fatores de risco. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRAC

Hypertension is a chronic disease with high prevalence in the Brazilian and world population, with high economic and social costs, mainly due to its complications. The Hypertension has been consolidated in recent decades as one of the most worrying health problems in our country, resulting in high demand for the Unified Health System, which concentrates 75% of visits at various levels of health care. The exact cause in most cases hypertension is not identified, but is known to be a multifactorial condition. There are several risk factors associated with each other and other conditions favor the appearance of this pathology, namely: age, gender, heredity, race, obesity, stress, oral contraceptives, diet high in sodium and fat and diabetes mellitus. After the diagnosis of hypertension is necessary to change the individual's lifestyle. Change this lifestyle is not an easy task, but becomes useful because so the goal of treatment is achieved and the patient can enjoy a healthier life. This work aims to present a proposal for intervention to reduce the incidence of hypertension in PSF Good Luck São João do Paraíso, Minas Gerais. For the literature review, it was decided by an online poll by access to Virtual Library Information Center on Health through the database: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences about the risk factors for hypertension in adults. The keywords used for search were Hypertension, Risk Factors and Primary Health Care The main proposals were to increase the knowledge of hypertension, adopting the healthy ways and lifestyles by hypertensive patients, improve the care of patients with factors risks and increase the performance of promotion and prevention in health activities.

Word-keys: Arterial Hypertension. Factors of risks. Primary Attention of Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS - Agente comunitário de Saúde
- ARA - Antagonistas dos receptores de angiotensina
- APS- Atenção Primária de Saúde
- BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
- BB - Bloqueadores dos canais de cálcio
- CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
- DCV - Doenças Cardiovasculares
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- FR - Fatores de risco
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística
- IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
- IECA - Inibidores da enzima conversora de angiotensina
- IMC - Índice de Massa Corporal
- LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
- MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde
- NASF- Núcleo de Apoio da Saúde de Família
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PA - Pronto Atendimento
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PES- Planejamento Estratégico Situacional
- PSF- Programa de Saúde da Família
- SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
- SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	11
1.1-Histórico do município.....	13
1.2-Aspectos geográfico.....	14
1.3 Aspectos demográficos.....	15
1.4 Taxa de escolaridade.....	16
1.5 Sistema local de saúde.....	16
1.6 Território / área de abrangência.....	18
1.7 Outros serviços.....	19
2-JUSTIFICATIVA.....	20
3-OBJETIVO.....	21
4-METODOLOGIA.....	22
5-RESULTADOS.....	23
5.1-Revisão de Literatura.....	22
6-PLANO DE AÇÃO.....	28
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 - INTRODUÇÃO

Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social. A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família (ESF) na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações (CORRÊA *et al.*, 2009).

A pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. A hipertensão é uma pressão sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior de 90 mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma triagem inicial (BRUNNER, SUDDARTH, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o número de hipertensos no mundo gira em torno de 600 milhões e 500 milhões precisam de intervenção médica imediata. Em seu relatório anual, o *World Health Report*, acusa a hipertensão como sendo o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial, perdendo apenas para o sexo inseguro e desnutrição (ZENI, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 30% da população brasileira pode ser considerada hipertensa. Desse total, 5% são crianças e adolescentes. Anualmente, quase trezentas mil pessoas morrem no Brasil por doenças cardiovasculares sendo que mais da metade destas mortes são decorrentes da hipertensão. O Ministério da Saúde estima que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas sete milhões estejam sendo tratados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo os dados do SIAB no período de 2013 foram registrados 2563 casos de Hipertensão Arterial sistêmica no município para 11% e no Brasil 9.5%. Constituem um importante problema de Saúde Pública no país, no município e em nossa área, pois é um fator de risco para as doenças cerebrovasculares e doenças cardiovasculares com alta taxa de morbimortalidade na população.

Além das elevações típicas da pressão arterial, a hipertensão é classificada de acordo com a causa, a gravidade e o tipo. Os dois tipos principais são: hipertensão idiopática, também conhecida como primária ou essencial, que é a mais comum (90 a 95% dos casos) e a hipertensão secundária, causada por uma doença renal ou alguma outra coisa detectável (BOUNDY *et al.*, 2004).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais a hipertensão arterial está inserida, são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco modificáveis como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da incidência destas doenças, como também ao seu controle e à progressão, devendo por isso, fazer parte da abordagem integral dos pacientes com doenças crônicas (MINAS GERAIS, 2007).

A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles:

idade, sexo, sedentarismo, hiperlipidêmica, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes *mellitus* (TRINDADE *et al.* 2007).

A classificação “pré-hipertensão”, relatório de *Joint 7* do introduzida, reconhece esta relação e indica a necessidade para aumentar a instrução para a saúde na parte dos profissionais sanitários e das autoridades oficiais para reduzir os níveis da pressão arterial e para impedir o desenvolvimento com o HAS na população geral.

Em geral, as medidas não farmacológicas são experimentadas em primeiro lugar, especialmente nos casos brandos recém-diagnosticados. Se essas medidas forem ineficazes, o tratamento evolui de maneira progressiva para incluir vários tipos de agentes anti-hipertensivos (BOUNDY *et al.* 2004).

Após o diagnóstico de hipertensão arterial faz-se necessário a mudança no estilo de vida do indivíduo. Alterar esse estilo de vida não é uma tarefa fácil, porém, se torna útil, pois assim o objetivo do tratamento será alcançado e o paciente poderá usufruir de uma vida mais saudável.

São João Do Paraíso, município onde a maioria da população é constituída por pessoas pertencentes à área urbana a minoria reside na zona rural e tem pouco desenvolvimento, onde é possível identificar algumas dificuldades presentes na saúde sendo uma delas a acessibilidade. Após iniciar o trabalho detectou se que a HAS constitui a principal doença crônica e que há muitos pacientes hipertensos sem adesão adequada ao tratamento, sem um controle adequado e com uma baixa percepção do risco. Por não encontrar estudos anteriores acerca deste problema no município faz se necessário uma investigação do comportamento dos fatores de risco associados à hipertensão arterial e realizar uma intervenção educativa, tendo em conta as características dos pacientes hipertensos da comunidade de Boa Sorte do município São João Do Paraíso.

1.1 Histórico do município

São João do Paraíso, município do estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2013 era de 23.309 habitantes, segundo o IBGE (2010). Está localizado no norte de Minas Gerais, na microrregião de Salinas, próximo à divisa com o estado da Bahia. Compõe com outros municípios do Pardo a principal agricultura e plantação de eucalipto.

A região onde hoje está localizado o município era habitada pelos índios tapuias, até que o Conde da Ponte recebeu da Coroa as terras que iam até a fronteira da Bahia, abrangendo boa parte da Bacia do Rio Pardo. Suas terras continham todo o território do atual município.

Em 1833, é criado o distrito de São João da Raposa, assim chamado devido à abundância de raposas na região. No começo do séc. XVIII, a propriedade do Conde da Ponte estava arrendada na forma de fazendas.

Em 1888, por iniciativa de Raimundo Meireles, descendente de um dos primeiros povoadores, foi doado um terreno para a construção da capela de Nossa Senhora da Saúde, às margens do rio São João. Com a seca de 1890, as terras férteis da região atraíram muitos retirantes, e o arraial ganhou forte impulso, tornando-se importante centro comercial e passando a ser conhecido como São João do Paraíso.

Torna-se município em 1943, sendo seu primeiro prefeito Dr. Osório Adrião da Rocha. Cidade e maior exportadora do óleo de eucalipto, matéria prima que é utilizada na produção de diversos produtos industrializados. A sua economia destaca-se pela atividade agropecuária, o município possui uma forte produção de carvão vegetal obtida a partir de florestas plantadas de eucalipto.

O município preserva e valoriza suas tradições culturais, como o seu rico artesanato, folia de reis, festas juninas onde acontece levantamento de bandeiras em homenagens a santos, comemorações e apresentações de danças tradicionais.

1.2 Aspectos geográficos

Área total do município: 1921, 172km.

Clima semiárido.

Em relação às características econômicas, a base da economia municipal pode ser dividida em três grandes grupos: o primeiro e maior deles é o setor de serviços que correspondem a um total de 62,12% dos valores adicionados dos principais setores de atividades econômicas, sendo que 33,07% deste valor correspondem a serviços da administração pública e o restante, 29,05% a serviços de comércio e outras atividades. A agropecuária ocupa o segundo lugar, representando 28,38% das atividades econômicas, situação esta, relacionada à grande área territorial do município e ao grande número de famílias residentes em áreas rurais. Em terceiro lugar a indústria representa apenas 9,51% do total das atividades econômicas.

1.3 Aspectos demográficos

A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em julho de 2009 foi 22.786 habitantes (IBGE 2009), aproximadamente 5.660 famílias (SIAB 2008), com densidade demográfica de 11,3 hab./km². Quanto à distribuição da população por sexo a situação foi a seguinte: 49,29% correspondem à população do sexo masculino e 50,7% população do sexo feminino. Em relação à distribuição por faixa etária, 28,72% corresponde a população de menores de 15 anos, 60,9% a população de 15 a 59 anos e 11,17% a população de 60 anos e mais. Quanto à distribuição por local de residência urbana ou rural 58,27% da população reside em zona rural e 41,73% em zona urbana. A tabela a seguir demonstra a distribuição da população por sexo e idade.

1.4 Taxa de escolarização

Da população total do município, 68,58 % está alfabetizada e 31,4 % analfabetas. Em relação à educação, o município conta apenas com a rede de ensino público. A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação.

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 41,86% e no período 1991 e 2000, 154,06%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 179,38% entre 2000 e 2010 e 402,70% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 219,92% no período de 2000 a 2010 e 1.715,96% no período de 1991a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 507,08% entre 2000 e 2010 e 0,00% entre 1991 e 2000. A proporção de moradores abaixo da linha de representa 30%. O Índice de desenvolvimento da educação básica é de 100%, absoluto e relativo no Brasil. Da população, 96% são usuários da assistência à saúde no SUS.

1.5 Sistema local de saúde

No Programa Saúde da Família no município de São João do Paraíso há nove equipes do Programa Saúde da Família (PSF), cinco na zona rural (São João Velho, São Tiago, Mandacaru, Barrinha e Boa Sorte) e quatro urbanos (Centro, Tabuleiro Alto, São Joãozinho e Morada do Sol). Todos os nomes dos PSF se correlacionam às regiões municipais (bairros ou distritos) em que ficam inseridos, somando 100% de cobertura das ações do Programa de Saúde da Família. O programa de Saúde Bucal (SB) possui uma cobertura de 22,7%, sendo necessária a criação de mais 03 equipes, uma na zona urbana e duas na zona rural, totalizando 09 equipes com 09 médicos, 10 enfermeiros, 12 auxiliares de enfermagem e 54 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - 24 atuam na zona urbana e 30 na zona rural. A Saúde bucal é composta por 07 dentistas, sendo 02 nas Equipes de Saúde Bucal (ESB), 03 no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 02 prestam serviços aos PSF com projetos de ESB em andamento. Uma questão relevante na atenção primária é a não adesão da população aos serviços prestados em sua área de referência, principalmente a população rural, que demonstra uma preferência em utilizar os serviços das áreas centrais como o Centro de saúde e o Hospital. Esta questão se explica devido a fatores culturais, além da acessibilidade facilitada aos serviços da

zona urbana como transporte e a compatibilidade com outras necessidades a serem resolvidas na cidade, entre outros.

O Conselho Municipal de Saúde está composto por 12 membros titulares e 12 suplentes com representante da prefeitura, educação, associações comunitárias, secretário de saúde, profissionais de saúde, representantes do comércio, igrejas e usuários. As reuniões são realizadas mensalmente onde são discutidos os principais problemas do município. Fundo Municipal de Saúde destinado à atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, gestão do SUS.

O Programa Saúde da Família foi implantado em o ano 1996 cobertura aos 100% da população. Uma equipe SF, SB um NASF, um CEO no município. Há um hospital no município que atende as urgências e emergências na região. Está estabelecido no município o sistema de referência e contra referências dos pacientes que são enviados a consultas especializadas ou de urgências aos centros destinados, em conta as referências não existem problemas porque os médicos sempre enviam aos pacientes com todos os dados clínicos e a solicitação da avaliação médica que se necessita. As contra-referências não são efetivas porque nem sempre os especialistas enviam para os médicos os resultados das investigações feitas aos pacientes e a avaliação realizada, assim os especialistas a que os pacientes foram encaminhados não possuem o conhecimento suficiente acerca do quadro do paciente. Redes de Média e Alta Complexidade hospitalar de Taiobeiras, Salinas e Montes Claros. Os Recursos Humanos em Saúde cumprem uma carga horária semanal de 40 horas, sendo o horário de trabalho de 7:00 às 11:00h e de 13:00 às 17:00h.

1.6 Território / área de abrangência

O PSF Boa Sorte localiza-se a 18km do município. O acesso dos usuários a sede é por estrada não pavimentada. Realizam-se curativos, inalação, PCCU (Programa de prevenção de câncer de colo uterino), consulta de clínica médica, farmácia básica, pré-natal, imunização, esterilização, puericultura, consulta de enfermagem, grupos Operativos (Hipertensos e Diabéticos) e ESB. Há a necessidade da construção de uma UAPS tipo 1. A equipe é composta por um médico que atende todos os dias,

em horários alternados com a escala do centro de saúde; uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar da odontologia, uma recepcionista, uma auxiliar de limpeza e seis ACS. A Unidade Básica de Saúde de Boa Sorte tem 633 famílias e 2237 habitantes. Nível de escolaridade baixo na população maior de 40 anos. O principais postos de trabalho são agricultura e pecuária nas empresas rurais que plantam eucaliptos, carbonização. Há uma pequena parte que cultivam feijão, mandioca, milho para abastecimento familiar com uma Taxa de Emprego de 60%.

A população vive basicamente da agricultura e de bolsas de famílias, um auxílio do governo federal para os desempregados ou que se enquadram no programa e os idosos vivem da aposentadoria. Os problemas mais frequentes de saúde são a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, gravidez na adolescência, acidentes, alcoolismo, hiperlipidêmica, tabaquista. As causas mais frequentes de morte são acidentes e infarto agudo do miocárdio.

O PSF de Boa Sorte foi criado há 17 anos, situado na rua principal da comunidade. Em 2014, foi remodelado, está situado na zona rural do município o acesso é muito difícil. Há somente um ônibus que faz viagens pela manhã do povoado à cidade. A população residente na zona rural, só tem acesso ao PSF por meio de ônibus por dois dias semanais.

A unidade, atualmente está bem equipada e gasta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Existem também dificuldades com a assistência farmacêutica. Atendimento aos programas pela equipe se realiza de forma regular e as consultas médicas. Segundo a faixa etária são de 15 a 59 seguido dos maiores de 60 anos. Horário de funcionamento: Na manhã de 7:00 às 11:00 h e no período da tarde de 13:00 às 17:00 h.

A comunidade tem nove escolas onde presta atenção aos menores de 14 anos, tem um índice de analfabetismo de 70% na população maior de 40 anos e tem programa de alfabetização para diminuir este indicador. Nas comunidades tem 10 igrejas católicas abarcando a maior parte da população e 4 evangélicas a população

conserva hábitos e costumes da população brasileira e gosta comemorar festas religiosas em particular em junho.

1.7 Outros serviços

Importante ressaltar as condições de saneamento e serviços correlatos que nas condições de saúde da população. Dados do Censo Demográfico de 2010 revelaram que na área rural do seu município, a coleta de lixo atendia 86,6% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso nessa área estava em 27,8% dos domicílios particulares permanentes e 1,5% das residências, dispunham de esgotamento sanitário adequado. No caso da área urbana, o gráfico abaixo fornece a distribuição desses serviços para os domicílios particulares permanentes: Conta com serviço de luz elétrica, telefonia celular e fixo, tem um correio que não brinda todos os serviços. Para realizar serviço bancário é necessário recorrer à cidade de São João do Paraíso.

2. JUSTIFICATIVA

O presente tema põe em discussão as causas e os desafios criados pela Hipertensão arterial e os efeitos deste para os objetivos medicinais, além de observar a hipertensão como um provável fator que gera um desconforto familiar tornando-se um obstáculo na vida dos pacientes e um desafio para os médicos atuantes. Analisa-se ainda, a estrutura familiar que se desenvolve atualmente nos lares brasileiros, em foco, nas residências do município São João do Paraíso, onde se destaca um alto índice de pessoas hipertensas entre a população da comunidade estudada pelos grandes números de pessoas com hábitos e estilos de vida inadequados. É importante investigar a educação em saúde por ser essa uma importante ferramenta para mudança dos hábitos e estilos de vida das pessoas, da construção da autonomia dos sujeitos, por ser a hipertensão arterial um problema de saúde que causa risco e danos biológicos, emocionais e sociais à saúde das pessoas, além do aumento gradativo dos custos com o tratamento. Todos os aspectos expostos mostram a relevância da problemática para o setor medicinal constituindo-se no principal ponto que me levou a querer conhecê-la mais profundamente, uma vez que sou profissional da área e, o resultado desta pesquisa mostrará meios para que se possa entender melhor o fenômeno da hipertensão arterial completando assim, a prática do médico atuante. Atualmente estamos com um número relevante de hipertensos, onde 389 pessoas portadoras desta patologia são atendidas na PSF Boa Sorte. Estes recebem visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos profissionais de saúde quando solicitado, os mesmos também recebem assistência durante o hiperdia.

3. OBJETIVO

Elaborar Projeto de intervenção para redução da prevalência de hipertensão arterial e melhoria da qualidade de vida de portadores das doenças no PSF Boa Sorte, São João do Paraíso. Minas Gerais.

4. METODOLOGIA

Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional pela equipe de saúde da família de Boa sorte foi elaborado um plano de ação para intervenção e melhoria dos hábitos e estilos de vida da população e, conseqüentemente, redução nos índices de pacientes hipertensos. Recolhe se 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 e problemas e também os atores sociais, a comunidade em geral.

Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados levantados por meio deste método serão coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área.

Para a revisão bibliográfica, optou-se por 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. Após este processo foi realizada uma proposta para a elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe do PSF Boa Sorte. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico do plano de intervenção. Para conclusão desse trabalho pretende-se fazer um aprofundamento teórico sobre o assunto através de buscas bibliográficas em sites oficiais de pesquisa em saúde.

5. RESULTADOS

5.1 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial é uma doença crônica caracterizada por um aumento contínuo dos números da pressão sanguíneos nos artérias. A hipertensão arterial ocorre quando a pressão está acima do limite considerado normal, que, na média, a pressão sistólica se encontra em 120 mmHg e a diastólica em 80 mmHg, ou seja, 12x8. Valores inferiores a 14x9 podem ser considerados normais a critério médico (ABRANCHES, 2013).

A hipertensão arterial é tratada como “uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de comorbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população” (MINAS GERAIS, 2007, p 198)

No Brasil, estima-se que aproximadamente 30% da população geral com mais de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Por esta razão, a OPAS/OMS vem trabalhando no desenvolvimento de estratégias e instrumentos que facilitem o desenvolvimento de atividades de detecção prematura e controle permanente, assim como metodologias e iniciativas que ampliem o nível de conhecimento das populações e das autoridades sobre o impacto causado por esta enfermidade e as implicações que em saúde pública representam seu controle e prevenção. Este rápido aumento da morbimortalidade por DCNT vem afetando o desenvolvimento social e econômico de vários países, ademais da qualidade de vida de milhões de pessoas na nossa Região (GIROTTTO *et al.* 2013).

As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva aos FR. A pesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

Além disso, essa afecção é considerada um dos principais problemas de saúde pública devido à alta prevalência e à relação linear e contínua do aumento dos níveis de PA com a elevação do risco cardiovascular individual e o aumento da mortalidade por DCV, de acordo com (Nobre *et al.* 2010).

A mudança no estilo de vida, com alimentação equilibrada, redução do consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, dentre outras, é de fundamental importância para o controle da hipertensão arterial, e redução do risco de morbimortalidade global por doença cardiovascular (BRITO, PANTAROTTO, COSTA, 2011).

Segundo Roesse *et al.* (2011), os municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família realizam o cadastro e o acompanhamento à população adstrita com HAS. Apesar disso, o número de usuários acompanhados, em geral, é menor do que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos de agudização da doença.

De acordo à Jardim (2007), tanto fatores ambientais como genéticos podem contribuir para as variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como na prevalência da hipertensão. Estudos indicam que sociedades que passam por mudanças de locais como de um local menos industrializado para um mais industrializado, refletem numa profunda contribuição ambiental para a pressão arterial.

Segundo Fauci *et.al.* (2008) sabemos que a obesidade e o ganho de peso são fortes e independentes fatores de risco para a hipertensão, com isso estima-se que 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Entre as populações, observa-se a prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação à ingestão da NaCL e ingestões dietéticas baixas de cálcio e potássio o que pode contribuir para o risco da hipertensão. Quanto aos fatores ambientais como o consumo de

álcool, estresse psicoemocional e níveis baixos de atividade física também podem contribuir para a hipertensão.

A implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou medida eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão (AMER, MARCON, SANTANA, 2011).

Santos e Moreira (2012) a necessidade da promoção da educação continuada para equipe de saúde envolvida no tratamento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, com o fim de diminuir a incidência das complicações.

Hopfner e Franco (2010) sugerem a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais da saúde e de outras medidas para melhorias no controle da HAS nas UBS.

A prevenção de doença pode ser definida como uma ação prévia, baseada no conhecimento da história natural com o propósito de dificultar o avanço da doença. Sendo assim as intervenções preventivas teriam a finalidade de coibir a manifestação de agravos específicos, o que denominamos prevenção primária, ou quando se atua promovendo a cura, atenuando-se os danos, o que chamamos de prevenção secundária, até se atingir o nível de prevenção terciária, em que o propósito maior é a reabilitação do indivíduo com um quadro patológico instalado. Sendo assim a promoção da saúde torna-se um dos pilares da prevenção primária, e esta envolve um conjunto de práticas para aumentar a saúde e o padrão da qualidade de vida com o foco no paciente, seu ambiente e estilo de vida (FIGUEIRA *et al.* 2003).

A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, sejam elas na esfera psicológica (sensação de impotência, de medo), familiar (deixar de viajar com a família), social (isolamento, perda das atividades de lazer) ou econômica (deixar de trabalhar, aposentadoria) pela possibilidade de agravos em longo prazo (MANTOVANI *et al.* 2008).

É necessário excluir a hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada, pois interferem no diagnóstico correto. A hipertensão do jaleco branco consiste níveis tensionais elevados (maior ou igual a 140/90 mmHg) apenas quando um profissional de saúde aferir a pressão do paciente, mantendo valores normais quando aferida em casa por amigos ou familiares. A hipertensão mascarada é definida como valores normais da PA no consultório (menores que 140/90 mmHg), porém com PA elevada pela monetarização ambulatorial durante o período de vigília ou na monetarização residencial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações (OLIVEIRA, 2013).

Helena, Nemes e Neto (2010) afirmam que aos atores envolvidos na atenção primária (profissionais e gestores), principalmente os que estão inseridos na estratégia saúde da família, resta o desafio de atuar com precisão propondo abordagens coletivas (grupos, campanhas e outros), além de ações individuais na rotina das unidades (consultas médica, de enfermagem), acrescentando-se nesse mesmo contexto uma atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares, todo esse esforço precisa ter o foco na melhor adesão dos portadores de HAS à terapêutica prescrita. A promoção de campanhas educativas, encontros, reuniões e palestras é um ótimo instrumento, embora a população não marque presença significativa a essas campanhas. Assim, a Unidade de Saúde da Família deve, de forma essencial, ir ao encontro do problema ou buscar as famílias e promover a conscientização.

Schmidt *et al.* (2011) enfatizam que no Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população de desenvolvimento de

doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas.

A hipertensão arterial na mulher é mais frequente após a instalação do climatério, entretanto, estudos têm demonstrado que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos. Acima desta faixa etária a pressão arterial aumenta nas mulheres e a hipertensão torna-se igualmente prevalente em homens e mulheres. Estes achados sugerem que os hormônios ovarianos podem ser responsáveis pela pressão arterial mais baixa em mulheres pré-climatério e, também pelo aumento da pressão arterial em mulheres menopausadas (GONÇALVES *et al.* 2007).

Envelhecer é uma ação complexa, que abrange distintas variáveis como doenças crônicas, fatores genéticos, estilo de vida, entre outras informações. Deste modo, os gerontologistas alegam que o processo de envelhecimento se inicia desde o momento da concepção, sendo então a velhice definida como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações tanto morfológicas quanto funcionais, bioquímicas e psicológicas. Assim, com os aprimoramentos das ciências, principalmente na esfera da medicina a partir de 1950 até aos dias atuais, a expectativa de vida aumentou em dezenove anos, ponderando que a expectativa de vida hoje excede os setenta anos e que, em 2050, a estimativa é que teremos um número de centenários 15 vezes maior. Dentre as mais comuns consequências do envelhecimento está a hipertensão arterial sistêmica (ÁVILA *et al.* 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

Após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Boa Sorte identificamos os seguintes problemas.

Passo 1 Identificação dos problemas

- Aumento do número de pacientes hipertensos.
- Proporção elevada de diabéticos.
- Aumento do número de gravidez na adolescência.
- Aumento dos índices percentuais de parasitismo intestinal.
- Percentual médio de alcoólatra e fumadores.
- Percentual alto de acidentes.
- Ocorrências do número de casos de doenças pulmonares
- Alto índice de internamento por problemas cardíacos e Infarto Agudo do Miocárdio

Passo 2 Priorização dos problemas

A priorização dos problemas é um momento onde os atores envolvidos na construção do plano se reúnem para discutir e selecionar as situações de saúde mais importantes, relevantes para a comunidade.

Para a priorização dos problemas relativos aos riscos à saúde da população, considerou-se o conjunto dos seguintes critérios: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos, sendo:

- **Magnitude:** tamanho do problema.
- **Transcendência:** importância política, cultural e técnica que é dada ao problema considerado.
- **Vulnerabilidade:** existência de conhecimento e recursos materiais para enfrentar o problema.
- **Custos:** quanto custa, em termos de recursos financeiros, para enfrentar o problema.

Para proceder à priorização dos problemas, adotou-se a divisão por eixos: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes e gestão em saúde.

A pontuação utilizada foi de 1 a 3, sendo que 1 significa uma baixa magnitude, transcendência, vulnerabilidade e um alto custo e o 3 uma alta magnitude, transcendência, vulnerabilidade e um baixo custo e o 2 é uma situação intermediária para magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Boa Sorte do município São João do Paraíso - Minas Gerais. 2015.

PROBLEMA	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Custo	Total Pontos
Aumento do número de casos de gravidez na adolescência	2	1	3	3	9
Proporção elevada de hipertensos.	3	3	3	1	10
Aumento dos índices de parasitismo intestinal	3	3	1	1	8
Percentual médio alcoólatra e fumadores.	2	2	2	1	7
Percentual alto de ingestão excessiva de sal na dieta.	3	2	3	1	9
Aumento do número de casos de acidentes	2	2	2	1	7
Alto índice de internamento por problemas cardíacos e infarto Agudo do Miocárdio	3	2	3	1	9

*valor conforme prioridade numa escala de 0 a 10

Passo 3 Descrição do problema selecionado

Alta incidência de pessoas com HAS. Na comunidade são realizadas em média 78 consultas médicas individual de forma mensal aos pacientes com HAS, sendo que dessas 54% está descompensado de sua doença. A principal causa de morte em nossa comunidade são as complicações da HAS. É necessário caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e utilizar dados fornecidos pelo Sistema de Informação Atenção Básica e pelo registro da equipe, relacionando os determinantes de estilos de vida, meio ambiente, biológicos e de organização dos serviços de saúde com os fatores de risco para a doença e a morte, por causa do problema priorizado.

Passo 4 Explicação do problema

Conforme Campos, Faria e Santos (2010) nesse momento o objetivo significa entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas. Para explicar o problema identificado devemos conhecer sua causa, geralmente a causa de um problema é outro problema. Nosso problema prioritário é alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial na área da PSF Boa Sorte.

A Hipertensão Arterial vem aumentando muito nos últimos anos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família. O modelo econômico e social leva a um ambiente cultural e socioeconômico específico em cada região, em nossa população. Existem hábitos de vida não saudáveis que podem ser tanto por condições financeiras quanto por aspectos culturais, sendo os principais determinantes: a alimentação inadequada (por exemplo, as pessoas fazem o uso da gordura de porco, em vez de óleo vegetal, por acharem que a comida com gordura animal é mais forte e sustenta mais), falta de atividade física (praticamente em todas as casas apresentam algum meio de transporte, principalmente motocicleta, com isso as pessoas ficaram mais sedentárias), estresse, sobrepeso e a obesidade.

Após o processo de priorização dos problemas de saúde, passa-se à sua explicação, identificando suas causas e suas consequências:

Quadro 2 Relaciona o problema priorizado, identificação das causas e consequência no PSF Boa Sorte do município São João do Paraíso - Minas Gerais, 2015.

PROBLEMA	CAUSA	CONSEQUENCIA
Proporção elevada de hipertensos	Hábitos alimentares não saudáveis. Sedentarismo. Obesidade. Tabagismo. Alcoolismo. Falta de informação.	Gastos elevados com medicação, materiais de enfermagem, internamentos, aumento de doenças relacionadas à hipertensão.

fonte: Autoria própria

Passo 5 – Seleção dos Nós críticos

Para Campos, Faria e Santos (2010) o nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir. Neste caso o problema principal é alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial na área da PSF Boa Sorte.

As situações relacionadas ao problema e selecionadas como nós críticos foram:

1- Maus hábitos e estilos de vida: Devem ser orientados e educados sobre alimentação adequada, diminuir o consumo de sal e de gordura animais, aumentar a ingestão de frutas, verduras, cereais integrais leite e derivados desnatados, controle de peso, incentivar as atividades físicas, eliminar fatores de riscos como: obesidade, dislipidemias, estresse, ofertar mais opções de lazer e ofertar mais empregos.

2- Processo de trabalho da equipe inadequado. Deve-se elevar o nível de educação na equipe de saúde da família sobre os fatores de risco da hipertensão arterial para modificar estilos de vida, todo através de promoção de saúde.

Passo 6 Desenho das operações

Quadro 3. Desenho das operações para os "nós críticos" do problema proporção elevada de hipertensos no PSF Boa Sorte do município São João do Paraíso - Minas Gerais, 2015.

No crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Maus hábitos e estilos	Saúde Modificar	Redução do número de pacientes	Programa educativo com o grupo hiperdia	Organizacionais: Para organizar o programa educativo na escola, vídeo

de vida	os hábitos e estilos de vida	consumidores de gorduras, sal, etc.	sobre alimentação saudável. Vídeo debate sobre a importância da prática do exercício físico. Programa de caminhada orientada.	debate e programa de caminhadas. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Político: Local para fazer vídeo debate. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, pôster.
Processo de trabalho da equipe inadequado	Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde	Equipe atuando eficientemente nas ações de promoção, prevenção e assistenciais direcionadas aos hipertensos.	Programa de levantamento de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Estratificação do risco dos hipertensos. Utilização da Linha de cuidado como diretriz de atendimento aos pacientes com HAS.	Organizacionais: Para organizar o programa educativo, as atividades grupais, mural e propaganda. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Político: Disponibilidade de local para fazer as atividades grupais. Financeiro: Aquisição de recursos para folhetos educativos, material e recursos audiovisuais.

fonte: Autoria própria

Passo 7 Identificação dos Recursos Críticos

A operação dos recursos críticos a transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Quadro 4. Recursos críticos definidos para o desenvolvimento das operações para o enfrentamento dos "nos críticos" do problema Proporção elevada de hipertensos no PSF Boa Sorte, do município São João do Paraíso.

Operação	Recurso Crítico
Modificar hábitos e estilos de vida	Político: Local para fazer vídeo debate. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e pôster.
Modificar o processo de trabalho da equipe de saúde	Político: Disponibilidade de transporte Financeiro: Para aquisição de combustível e material de oficina.

fonte: Autoria própria

Passo 8 Análise da Viabilidade

Quadro 5 Proposta de ações para motivação dos atores responsáveis.

Operações	Recursos Críticos	Modificar o processo de trabalho da equipe de saúde		Político: Disponibilidade de transporte Financeiro: Para aquisição de combustível e material de oficina.
		Ator que controla	Motivação	
Modificar hábitos e estilos de vida	Político: Local para fazer vídeo debate. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e pôster.	Prefeito Municipal Secretario Municipal de saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações
Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde	Político: Disponibilidade de transporte Financeiro: Para aquisição de combustível e material de oficina.	Prefeito Municipal Secretario Municipal de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária

fonte: Autoria própria

Passo 9 Plano operativo.

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

Quadro 6. Plano Operativo para enfrentamento do problema da prevalência de hipertensão no PSF Boa Sorte do município São João Do Paraíso.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsavel	Prazo

Modificar os hábitos e estilos de vida	Redução do número de pacientes consumidores de gorduras, sal, etc.	Programa educativo com o grupo hiperdia sobre alimentação saudável. Vídeo debate sobre a importância da prática do exercício físico. Programa de caminhada orientada	Apresentar o projeto para setores mobilização	Medico, enfermeira	Início em tres meses, termino 12 meses
Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde	Equipe atuando eficientemente nas ações de promoção, prevenção e assistenciais direcionadas aos hipertensos	Programa de levantamento de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Estratificação do risco dos hipertensos. Utilização da Linha de cuidado como diretriz de atendimento aos pacientes com HAS.	Definir os protocolos de atendimento de pacientes com HAS	Medico, enfermeira, ACS	Início em dois meses, termino 12 meses

fonte: Autoria própria

O projeto proposto contribuirá de forma significativa para melhorias das condições de saúde e da qualidade de vida da população de nossa área, sendo a principal estratégia para a redução da alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: o processo de educação ao indivíduo, à família e à comunidade. Por meio da aquisição do conhecimento, pretende-se que haja maior adesão dos paciente às mudanças de estilo de vida e de comportamento em relação aos fatores de risco cardiovasculares e autocuidado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva deste trabalho permite a operacionalização de um acompanhamento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica do PSF Boa Sorte mas que primeiramente inicie-se um processo de conhecimento de cada usuário e suas condições vulneráveis de saúde e a partir do processo de estratificação do risco clínico para HAS possa-se direcionar as ações de controle da doença focado na mudança de hábitos de vida não saudáveis.

O plano de intervenção se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da Unidade. Por meio dele, levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, o que por si só, já facilita sua resolução.

A educação em saúde na atenção básica, PSF constitui um instrumento importante de intervenção; Para tanto são esperadas ações sensibilizadoras que gerem a construção de uma consciência focada no cuidado à saúde, onde profissionais e comunidade façam uma interação permanente, promovendo desta forma a mudança da atenção primária à saúde. Os objetivos visam trazer mais qualidade de vida para a comunidade à qual está sob nossa responsabilidade de atuação.

REFERENCIAS

ABRANCHES, L. R. **Inquéritos em Saúde no Brasil: relevância e fluxo informacional dos questionários**. [Monografia] Programa de pós-graduação em informação e comunicação em saúde – PPGICS ICICT/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro 2013.

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 96, no. 1, p 47-53, Jan. 2011.

ÁVILA, A, *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006, 58p.

BRITO, E. S; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health SciInsti**. 2011, 265p.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**.10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BOUNDY, J *et al.* **Enfermagem médico-cirúrgico**. 3.ed. Rio de Janeiro: Reich Mann & Affonso, 2004.

CAMPOS, F.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: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CORRÊA, E. J; Sena, R. R. **Planejamento e elaboração de projetos para grupos comunitários**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. 44p.

FAUCI, Anthony S, *et al.* HARRISON. **Medicina Interna**. Rio de Janeiro: 17 ed. v. 2, McGraw-Hill, 2008.

FIGUEIRA, T.R.; Ferreira, E.; Schall, V.T.; Modena, C.M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 6, 2003.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & saúde coletiva*, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.

GONÇALVES, I. O; Silva, G. J. J; Navarro, A. C. Efeito hipotensivo do exercício aeróbico agudo em idosos hipertensos entre 60 e 80 anos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**. São Paulo. Vol. 1, n. 5, p.76–84, set - out. 2007.

HELENA, E. T. S; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

HOEPFNER, C; Franco, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária de saúde. **Arq Bras cardiol**. São Paulo, vol. 95, n. 8, p. 223-229, Ago., 2010.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v.88 n.4, p.452-457. 2007. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200022&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em 25 de maio de 2015.

MANTOVANI, M. F. *et al.* **Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial**, 2008.

Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=489765&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19mar. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes*. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 198 p.

NOBRE, F. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *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.

ROESE, A. *et al.* Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabete *Mellitus* a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. 2011; Jan/Mar; 14(1); 75-84(p.80)

SANTOS, J. C; Moreira, T. M. M. *Fatores de risco e complicações em hipertensos\Diabéticos de uma região sanitária do nordeste Brasil*. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, vol. 46, 5out. 2012.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 46, n. 377, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras. Cardiol**, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

TRINDADE, Dannielle *et al.* **Estudo da ocorrência de acidente vascular cerebral em hipertensos cadastrados no PSF Carapina II do município de Governador Valadares**. 2007. 46 f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Área de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

ZENI, Ana. ***A perigosa relação entre hipertensão e mal de Alzheimer.*** 2008.