

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

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL – IMPORTÂNCIA DA
PROMOÇÃO DE INTERVENÇÕES PRECOSES NA PREVENÇÃO**

MANUELA RODRIGUES PEREIRA

MONTES CLAROS/MG
2014

MANUELA RODRIGUES PEREIRA

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL – IMPORTÂNCIA DA
PROMOÇÃO DE INTERVENÇÕES PRECOSES NA PREVENÇÃO**

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: Antônio Leite Alves Radicchi

MONTES CLAROS/MG
2014

MANUELA RODRIGUES PEREIRA

**FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL – IMPORTÂNCIA DA
PROMOÇÃO DE INTERVENÇÕES PRECOSES NA PREVENÇÃO**

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: Antônio Leite Alves Radicchi

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Carla Jorge Machado UFMG

Prof^a. Antônio Leite Alves Radicchi

UFMG

Aprovado em

DEDICATÓRIA.

À minha Mãe, Sandra Maria Rodrigues de Carvalho Pereira, ao meu pai, Fernando Antônio Pereira Pimenta (in memoriam), ao meu noivo, Adiflá Alves Sisilio. A todos os professores, tutores e orientadores, muito obrigada por estarem sempre por perto, vocês fazem parte dessa nova conquista.

AGRADECIMENTO.

Agradeço em primeiro lugar a DEUS.

Agradeço a todas as pessoas que de forma direta e/ou indireta fizeram parte dessa jornada. Em especial, aos professores, tutores e orientadores. Agradeço pela paciência e compreensão, sinto-me vitoriosa de chegar até aqui, esse ano foi um ano muito difícil para mim, mas conseguir chegar até o fim com a ajuda de todos vocês.

Muito obrigada.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75mmHg, de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. Elas são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. O presente estudo centra-se na HAS e tem como público-alvo os usuários hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família “Cristina Rocha” do município de Brasília de Minas, Minas Gerais. Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família faço uma proposta de intervenção nos grupos de hipertensos assistidos, com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto será possível através da implantação da estratégia de trabalho baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de Risco, Estratégia de Saúde da Família, Planejamento Estratégico Situacional.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension has a high prevalence and low control rates. It is considered one of the major modifiable risk factors and one of the most important public health problems. Mortality from cardiovascular disease increases progressively with increased blood pressure from 115/75 mmHg linearly independent and continuous. In our country, cardiovascular diseases are the leading cause of death. They are responsible for the high frequency of hospitalizations, resulting in high medical and socioeconomic costs. The present study focuses on Hypertension and its target audience hypertensive users assisted by the city of Brasilia de Minas, Minas Gerais of the Family Health Strategy "Cristina Rocha". Believing in the potential of the Family Health Strategy make a proposal for intervention in hypertensive groups of beneficiaries, in order to help the team improve its performance with users. This will be possible through the implementation of labor -based strategy Situational Strategic Planning (SSP) Carlos Matus.

Keywords:Hypertension, Risk Factors, Family Health Strategy, Strategic Situational Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
SIAB -	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 –Microáreas do território de atuação da ESF Cristina Rocha	12
Tabela 2 –Priorização de Problemas	13
Tabela3–Classificação da Hipertensão Arterial de acordo com os níveis pressóricos	22

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVO.....	15
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	16
5.REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5.1Conceituação, classificação e diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	19
5.2 Abordagens ao hipertenso na ESF.....	24
5.3-Educação em saúde aos portadores de HAS.....	26
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Situação Problema	30
6.2Objetivos Gerais	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma morbidade de etiologia multifatorial, ou seja, vários elementos estão envolvidos na gênese de sua instalação, contribuindo para o aumento de sua prevalência. Podemos citar os seguintes fatores de risco: idade, genética, etnia, excesso de peso, sedentarismo, elevado consumo de sal e consumo de tabaco e álcool.

Nesse contexto, o projeto de intervenção proposto no estudo terá como cenário o município de Brasília de Minas, localizado na região Norte do Estado de Minas Gerais e abordará a necessidade de redução do número de pessoas com HAS. O perfil de mortalidade geral no município apresenta maior concentração nas faixas etárias acima de 20 anos, e as doenças prevalentes que se destacam são aquelas relacionadas ao aparelho circulatório, seguido das neoplasias, além das causas de morte relacionadas a doenças do aparelho respiratório e digestivo. Assim, torna-se de extrema relevância trabalhos como a presente proposta de intervenção.

Brasília de Minas conta com uma população de 31.213 habitantes (IBGE, 2010), sendo predominantemente urbana (20.672 habitantes). Tal município possui uma área de 1.399 km², o que perfaz uma densidade populacional de 22,30 hab./km². De acordo com dados do PNUD (2000), o IDH médio desse município corresponde a 0,798, sendo o seu PIB igual a R\$ 188.275,00 (IBGE, 2010). Destacam-se como principais fontes de renda desse município, as atividades de agropecuária, comércio e serviço público. Em relação às condições de vida da população, o município apresenta 8.800 moradias, sendo a maioria construída em alvenaria, com saneamento básico e energia elétrica.

Dentre as ESF implantadas no município, destaca-se a ESF Cristina Rocha, que é responsável por uma área de abrangência onde residem 2.455 (dois mil quatrocentos e cinquenta e cinco) pessoas. Essa equipe, composta atualmente por 01 Enfermeira, 01 Médica, 01 Cirurgião-Dentista, 01 Técnica de Saúde Bucal, 01 Técnica de Enfermagem e 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) está alocada em uma UBS cuja estrutura física apresenta 1 consultório odontológico, 01 consultório ginecológico, 01 consultório clínico, 01 Sala de observação e cuidados básicos, 01 Sala de vacina, 01 Sala de curativos, 01 Sala de triagem, 01 Banheiro feminino, 01 Banheiro masculino, 01 Recepção, 01 Sala para guarda de medicamentos, 01 Rouparia, 01 Copa, 01 Sala de Reunião, 01 Banheiro para funcionários Masculino, 01 Banheiro para funcionários Feminino, 01 Esterilização, 01 Expurgo, 01 DML e 01 Sala de lixo.

A área de abrangência dessa equipe apresenta 06 micro-áreas, conforme Tabela 1 a seguir:

Tabela 1. Aspectos Gerais das micro-áreas atendidas pela Equipe de Saúde da Família. Brasília de Minas, Minas Gerais, 2013.

	Micro 01	Micro 02	Micro 03	Micro 04	Micro 05	Micro 06
FamíliasAtendidas	95	89	101	98	97	96
PopulaçãoAbsoluta	375	376	401	359	417	341
PrincipaisAgravos	Hipertensão : 37;	Hipertensão : 49	Hipertensão : 62	Hipertensão : 55	Hipertensão : 48	Hipertensão : 46
	Diabetes: 05	Diabetes: 05	Diabetes: 13	Diabetes: 07	Diabetes: 02	Diabetes: 06
Número de visitas domiciliares / mês	90	41	92	91	98	87

Neste contexto, por meio do diagnóstico situacional dessa área, identificou-se os seguintes problemas existentes no território sob responsabilidade da equipe: alto índice de pobreza; grande prevalência de analfabetos; alto índice de criminalidade; elevado número de usuários de drogas ilícitas; falta de segurança (devido à alta criminalidade); mau estado de conservação dentária da população; presença de muitos lotes vagos (risco aumentado para certas doenças, como dengue) e alta prevalência de HAS, sendo que, considerando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe (Tabela 2), o problema identificado com prioritário para intervenção foi a alta prevalência de HAS, cujo nós críticos são: baixo de nível de informação da população em relação as medidas de prevenção da HAS, hábitos e estilos de vida inadequados e não identificação e acompanhamento por parte da equipe das pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento da HAS.

Tabela 2. Problemas enfrentados na ESF e ordem de prioridade

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 PONTOS)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Alta prevalência de Hipertensos	ALTA	5	DENTRO
Mau estado de conservação dentária	ALTA	5	DENTRO
Elevado número de usuários de drogas ilícitas	ALTA	5	PARCIAL
Falta de segurança	ALTA	4	FORA
Alto índice de criminalidade	ALTA	4	FORA
Grande prevalência de analfabetos	MÉDIA	3	FORA
Alto índice de pobreza	BAIXA	1	FORA

Presença de
muitos lotes vagos

BAIXA

2

FORA

2. JUSTIFICATIVA

Para priorizar a HAS como tema desse trabalho não levei em consideração apenas o fato de se tratar de uma comorbidade com maior número de casos. Avaliei, também, sua importância e urgência como problema, considerando os aspectos na introdução. Observamos na comunidade da nossa área de abrangência alguns fatores agravantes da situação: falta de conhecimento sobre o assunto; falta de diagnóstico de alguns, provavelmente, e falta de acompanhamento e tratamento de outros; baixa adesão ao tratamento. Como consequência desses fatores, presenciamos muitos pacientes com sequelas e várias internações devido às complicações. Com o número grande de internações, o custo destes pacientes para o sistema é, provavelmente, exorbitante.

De acordo com a OMS, a HAS, nas próximas duas décadas, ocupará a liderança das causas de incapacidade. Além disso, essa patologia tem sido considerada, pelos mais diversos estudos, como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações como a doença arterial coronária e doença cerebrovascular. Desta forma, considerando que essa doença é considerada um grave problema de saúde pública, torna-se necessário propor ações viáveis a fim de reduzir sua incidência e a prevalência na área de abrangência da ESF Cristina Rocha do município de Brasília de Minas, MG.

Segundo Morais *et al.* (2009), ao tratar da HAS, um dos problemas com o qual um sistema de saúde depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos, por parte dos indivíduos com a patologia. Nessa ótica, o grau de conhecimento influencia a adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito à prevenção das complicações. Assim, a educação em saúde é um aspecto fundamental do tratamento ao paciente hipertenso e, segundo Otero *et al.* (2008), vem sendo preconizada desde 1975, e sua importância demonstrada em diversos estudos, realizados em comunidades com diferentes características socioeconômicas e culturais. De acordo com Mondadori *et al.* (2008) a educação para o auto manejo da HAS é o processo de ensinar o paciente a administrar a sua doença. Pela sua morbidade elevada, implica um grande investimento em cuidados de saúde constantes, bem como, mudanças profundas nos estilos de vida. As metas da educação em HAS consistem em prevenir as complicações agudas e crônicas, e melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis. Conforme preconiza Brasil (2010), a necessidade de desenvolver atividades de ensino ou práticas educativas de saúde, direcionadas ao paciente hipertenso e à sua família,

está relacionada à prevenção de complicações através do auto manejo da doença, o que possibilita ao paciente conviver melhor com ela.

É notória a importância da prevenção como um dos pilares para a modificação do curso natural da HAS, diminuindo o surgimento de complicações e, conseqüentemente, diminuindo a mortalidade dessa doença. Dentro desse contexto, segundo Brasil (2010), existe a prevenção primária (referente à prevenção do início da hipertensão) e a prevenção secundária (referente à prevenção de suas complicações agudas ou crônicas). A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário particularmente no que se refere às doenças crônicas (SILVA *et al.*, 2009).

Diante do exposto, o presente projeto de intervenção é de suma importância, pois permitirá direcionar a criação de medidas corretivas referentes à promoção de maior informação aos hipertensos em risco.

3. OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a efetividade dos grupos educativos de usuários hipertensos ou em risco de desenvolvimento da HAS.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma proposta de intervenção cuja caracterização do problema foi feita por meio do levantamento de dados epidemiológicos e a fundamentação teórica por meio de uma breve pesquisa bibliográfica. A proposta de intervenção propriamente dita e o plano de ação foram centrados na formação de grupos educativos.

Para contextualizar o tema HAS utilizaram-se documentos oficiais, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. No caso daquela produzida pelas Sociedades, para sua produção são convocados a participar mais de cem profissionais afeitos a essa área específica do conhecimento representando aquelas Sociedades, além de outras dez relacionadas direta ou indiretamente ao assunto, conforme citado na apresentação da produção (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

Em relação às produções do Ministério da Saúde, considerou-se importante o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, contido no Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (BRASIL,2010). A equipe onde atuamos sempre se orienta por este Manual por ser a referência da Secretaria de Políticas de Saúde para estas duas patologias em questão.

Outra referência para a unidade básica são os Cadernos de Atenção Básica, também do Ministério da Saúde, que apresentam assuntos específicos e bastante variados. Eles contribuem no fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país. São oferecidos gratuitamente como fonte de informação, com a possibilidade de auxiliar na correta implementação do modelo assistencial de atenção primária. São importantes instrumentos de valorização das práticas de saúde.

Para a aplicação da pesquisa utilizei o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, por meio do qual, após processado os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família Cristina Rocha, no município de Brasília de Minas. (SÁ & ARTMANN, 1994).

De acordo com este método foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário, qual seja: da alta prevalência de hipertensos devido à grande exposição aos fatores de risco. Neste contexto, quatro momentos caracterizaram o processo de planejamento, dentre os quais: o momento explicativo, o momento normativo, o

momento estratégico e o momento tático-operacional, conforme veremos no decorrer da apresentação do plano de intervenção.

De acordo com Paim (2006), o momento explicativo é o equivalente ao diagnóstico no planejamento normativo. É o momento de identificar, selecionar (valorando, priorizando e escolhendo), descrever e explicar problemas, apresentando e selecionando os nós críticos.

De acordo com Tancredi (1998), nó crítico é a causa do problema que tem três características: 1) Causa cuja solução terá impacto na solução ou minimização do problema; 2) Causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos; 3) Causa cuja solução contribui para a solução de outras causas problemas.

Para explicar o problema de saúde abordado nesta pesquisa, recorreu-se aos sistemas de informações disponíveis, bases de dados, inquéritos epidemiológicos, levantamentos, estimativas rápidas, oficinas de trabalho entre a equipe técnica e a comunidade.

Já no momento normativo, conforme Paim (2006), o mais importante é estabelecer objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. A partir dos objetivos, devem-se estabelecer as metas e as linhas de ação para cada objetivo específico. Ainda nesse momento são identificados e quantificados os recursos necessários a realização das ações. Em síntese, é o momento privilegiado de atuação de diferentes atores, que orienta o plano para a mudança que se quer. Durante a apresentação do plano operativo, seguiu-se esta linha, conforme ver-se adiante.

O momento estratégico é o momento de analisar que algumas operações poderão ser altamente conflitivas do ponto de vista político, muito exigentes do ponto de vista econômico, ou demandante de tecnologia de elevada complexidade. Então quais serão os obstáculos que deve-se superar para transformar o desenho em realidade? Possuem-se os recursos de poder necessários para intervir? Possuem-se capacidade organizativa e institucional? Nesse momento, deve-se verificar se há contradições entre os objetivos (análise de coerência), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (análise de factibilidade) e se é possível contornar os obstáculos políticos (análise de viabilidade) (PAIM, 2006). Todas essas reflexões devem ter por objetivo construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas no momento normativo.

Por fim, o momento tático operacional, que apresentamos como o mais importante pois conforme esclarece Artmann (s/d), para Matus o plano se completa na ação, nunca antes. Somente a ação muda a realidade e este agir faz parte do plano. Não é etapa posterior. Este é momento de execução do plano sob uma determinada gerencia e organização do trabalho,

com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação. É o momento de monitorar as operações e avaliar continuamente.

Após a leitura dos textos e a aquiescência da equipe em relação a adotar-se uma nova postura em relação aos grupos educativos na prática cotidiana, elaborou-se o presente trabalho que contém um Plano de Ação que busca responder ao objetivo proposto.

5.REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, as doenças circulatórias são responsáveis por significativo índice de mortalidade. Em 2002 foram 267.496 mortes, o que representou 32% dos óbitos ocorridos naquele ano (BRASIL, 2006a). Apesar de todos os esforços do governo e profissionais de saúde, o problema vem-se mantendo, resultando em um número significativo de mortes todos os anos.

As principais manifestações das doenças circulatórias são, entre outras, a doença arterial coronariana, as doenças cerebrovasculares e dos rins com expressiva morbidade e prejuízo para a qualidade de vida e capacidade de produção do adulto (BRASIL, 2006a).

Dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, a HAS é considerada um dos principais (BRASIL, 2006b). Cerca de “17 milhões de brasileiros são portadores de HAS, o que representa 35% da população de 40 anos e mais” (BRASIL, 2006b, p. 7). Ainda, de acordo com dados publicados em 2006, a HAS respondeu por aproximadamente 25% dos óbitos por doença arterial coronariana, 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e, associada ao diabetes *mellitus*, respondeu por 50% das situações de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006b).

De acordo com dados das Sociedades que estabeleceram as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos vinte anos anteriores a 2010, apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Ainda, considerando-se valores de $PA \geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. As referidas Sociedades informaram, também, que uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, que analisou 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC; SBH; SBN, 2010). Esses, portanto, são índices que devem ser levados em consideração quando se tem o objetivo de planejar a atenção à saúde de uma população.

5.1 Conceituação, classificação e diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica

Nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010) esse agravo está conceituado como uma condição clínica multifatorial que tem altas prevalências e baixas taxas de controle e é considerado como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas em saúde pública. A HAS é o fator principal de risco para o desenvolvimento de doenças como: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, doenças renais crônicas, complicações arteriais periféricas. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, conforme estabelecido na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN,2010).

O Ministério da Saúde, no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2002), ao definir a HAS adota a classificação do III Consenso Brasileiro de HA. Segundo este, o diagnóstico da HAS é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. Diante disto:

O limite escolhido para definir HA é o de igual ou maior de 140/90mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes. [...] A HA é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2002, p. 13).

Segundo a Revista Brasileira de Hipertensão (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010), a HAS classifica-se em diferentes graus de acordo com os níveis atingidos, conforme tabela a seguir:

Tabela 3. Classificação da Hipertensão Arterial de acordo com os níveis pressóricos.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85

Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensãoestágio 1	140-159	90-99
Hipertensãoestágio 2	160-179	100-109
Hipertensãoestágio 3	≥ 180	≥ 110
HipertensãoSistólicaIsolada	≥ 140	< 90

Fonte: BRASIL (2006)

O desenvolvimento da HAS está relacionado a diversos fatores de risco, que contribuem diretamente para sua instalação, dessa forma serão alvo de estudo nesta pesquisa. Essa diversidade de fatores contribui para as altas taxas de prevalência dessa patologia.

Pode-se descrever os seguintes fatores de risco:

Idade

A HAS primária é mais prevalente em pessoas de idade mais avançada. Com o decorrer dos anos de vida, ocorre diminuição da elasticidade dos vasos sanguíneos, tornando-se mais rígidos, o que acaba contribuindo para o aumento da pressão arterial. (WESCHENFELER MAGRINI, 2012)

Genética

O risco de uma pessoa desenvolver HAS é muito maior quando esta apresenta história familiar de casos de hipertensão. Uma vez que esse fator não pode ser modificado, o ideal seria que se conseguisse eliminar ou diminuir a exposição aos fatores ambientais, para tentar minimizar as chances de desenvolvimento de HAS. (WESCHENFELER MAGRINI, 2012)

Etnia

Vários estudos já comprovaram que pessoas de etnia negra possuem maior risco de desenvolvimento de hipertensão, sendo, portanto, imprescindível que esses pacientes façam acompanhamento frequente, para que se possa identificar precocemente o início da hipertensão, caso ela ocorra. (WESCHENFELER MAGRINI, 2012)

Excesso de Peso

Pacientes que apresentam IMC elevado também possuem maior risco de desenvolvimento de HAS. Desse modo, são imprescindíveis as orientações para perda de peso, baseada em uma alimentação balanceada (rica em frutas e verduras) e prática de exercícios físicos. (WESCHENFELER MAGRINI, 2012)

Sedentarismo

É essencial que o paciente seja orientado a se exercitar regularmente. Com a prática do exercício físico ocorre a liberação de hormônios endógenos que levam à vasodilatação, o que acaba diminuindo a pressão arterial, além de também auxiliar na perda de peso do paciente. (WESCHENFELER MAGRINI, 2012)

Elevado consume de sal

Com a ingestão excessiva de sal, ocorre maior absorção deste o que acaba levando também à maior absorção de água, desenvolvendo hipervolemia e consequente aumento da pressão arterial. (WESCHENFELER MAGRINI, 2012)

Consumo de Tabaco e Álcool

Essas substâncias são frequentemente utilizadas por várias pessoas, o que acaba aumentando o risco de desenvolvimento de hipertensão. Assim, campanhas para desestimular o etilismo e tabagismo devem ser frequentemente realizadas, com o intuito de levar ao conhecimento das pessoas todos os efeitos maléficos dessas substâncias. (WESCHENFELER MAGRINI, 2012)

A exposição aos fatores de risco relatados, principalmente quando à vários deles, tende a aumentar as chances de desenvolvimento de HAS. Desse modo, medidas de prevenção devem ser instituídas, principalmente para aqueles pacientes identificados como portadores de tais fatores de risco.

Mediante o diagnóstico de HAS deve-se considerar, “além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de outros fatores de risco, pela presença das lesões nos órgãos-alvo e comorbidades associadas” (BRASIL, 2006b, p. 14).O

diagnóstico deve ser feito de forma muito criteriosa (BRASIL, 2006b).A realização da investigação clínico-laboratorial deve se basear nos seguintes objetivos:

Confirmar a elevação da PA e firmar o diagnóstico;
Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo;
Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global;
Diagnosticar doenças associadas à hipertensão;
Diagnosticar quando houver a causa da hipertensão arterial(BRASIL, 2006b, p.15).

Para isso devem-se seguir as seguintes etapas: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial. Dados como identificação, história atual, investigação sobre os diversos aparelhos e fatores de risco, história pregressa, história familiar de AVC, perfil psicossocial, avaliação dietética, consumo de medicamentos e padrão de atividade física deve ser investigado e são fatores de extrema importância na conclusão do diagnóstico. (BRASIL, 2006b).

No entanto, conforme ressalta o Ministério da Saúde, um desafio é manter a motivação do usuário para que ele não abandone o tratamento. Ressalta, também, que a situação é mais delicada ainda uma vez que muitos hipertensos apresentam outras comorbidades tais como diabete, dislipidemia e obesidade. Conseqüentemente há implicações importantes quando o assunto é o gerenciamento das ações terapêuticas necessárias, o que demanda perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006b).

Isso significa dizer que não basta saber conceituar, classificar, diagnosticar e tratar a HAS. Além de compreender que pode haver determinantes sociais envolvidos, é preciso que os profissionais saibam aplicar tecnologias e estratégias pedagógicas que mantenha a motivação do hipertenso em não abandonar o tratamento e controle adequadamente sua pressão para evitar complicações.

5.2 Abordagens ao hipertenso na ESF

O Programa Saúde da Família foi instituído no Brasil em 1994 com o objetivo de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido na Constituição Federal Brasileira de 1988. É um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa Saúde da Família(PSF). (BRASIL, 2011, p.1). Posteriormente, deixou de ser designado como

Programa, pois não era uma designação que representasse adequadamente a idéia que gerou a proposta. Assim, atualmente é usada a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) e, para o Ministério da Saúde (MS):

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011, p. 1).

Apesar do Ministério da Saúde incluir na definição da saúde da família a atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, aí destacando o trabalho com pacientes portadores da HAS, sua organização é quase que exclusivamente centrada no binômio médico-enfermeiro e nos ACS. A expectativa é de que a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física seria bastante enriquecedora, pois garantiria ações interdisciplinares para a prevenção do DM e da HAS (BRASIL, 2006a).

É importante registrar que a adoção da estratégia de Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a HAS e o Diabetes *Mellitus*. Apesar das equipes não serem verdadeiramente multiprofissionais, várias ações de promoção e proteção à saúde vêm sendo desenvolvidas pelas equipes que implementam a estratégia de saúde da família no Brasil. A estratégia é o eixo principal entre equipes de saúde, família e comunidade, cabendo à equipe articular as várias ações que desenvolve e estabelecer vínculos (BRASIL, 2006a).

Acreditando no potencial da ESF para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo a educação do hipertenso como responsabilidade de todos os membros da equipe. Especificamente, para o médico está estabelecido que ele deva, dentre outras ações, “Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente”; para o enfermeiro estão estabelecidas, entre outras competências: “[...] desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos; Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos)” (BRASIL, 2002, p.86-87). Assim, este projeto parte do ponto de partida de que é possível educar o hipertenso e que a ESF tem um papel importante nisso.

5.3-Educação em saúde aos portadores de HAS

A educação em saúde é apresentada como uma das possibilidades de atuação do profissional de saúde para orientação das atividades a serem desenvolvidas com pessoas com diagnóstico de HAS, assim como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento da doença e/ou de suas complicações.

Há muito tempo se discute acerca da importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado e, dentre estes, principalmente na atenção primária.

De acordo com Meyer (2006), o acesso à informação por parte da população tem sua importância reconhecida no processo educativo. Não se defende uma prática completamente separada desse tipo de intervenção, porém, o que se discute é se apenas a oferta de informações, por si só, é suficiente para que haja melhora no nível de saúde da população.

Assim, atualmente ganha importância o modelo radical de educação em saúde, que atua com base na construção compartilhada de saberes e, portanto, tem suas ações formuladas com intuito de se aproximarem dos princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Conforme Besen (2007), neste método destaca-se o direito à saúde e à autonomia do indivíduo como condições indispensáveis ao processo educativo. Nesse modelo, as propostas educativas não se baseiam na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados pelas profissões da saúde para a prevenção e cura de doenças, e sim, para a melhoria da qualidade de vida do ser humano por meio do reconhecimento das reais necessidades apresentadas por ele.

Assim, não se deve tratar a pessoa com HAS como se ela fosse uma mera espectadora da relação de cuidado, gerando uma verdadeira opressão de saberes. Ao contrário, deve-se levar em consideração seu papel de coprodutora do cuidado, por meio de uma relação baseada no respeito dos diferentes saberes.

Para tanto, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) apontam como importante o investimento no modelo dialógico de educação em saúde que possibilitará a incorporação, por parte da equipe de saúde, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a humanização das práticas de saúde e a busca constante por qualidade da assistência e resolubilidade. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de

intervenção, pois pode atuar no esclarecimento do que vem a ser a doença e de quais suas repercussões na vida do indivíduo.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (VI DBHA, 2010) orientam a utilização da educação em saúde, realizada individualmente ou em grupo, como estratégia a ser utilizada pelos profissionais durante o acompanhamento da pessoa com HAS. Para tanto, deve-se lançar mão dos diversos recursos disponíveis com o intuito de se atingir resultados satisfatórios.

A adesão ao tratamento é considerada um ponto preponderante na terapêutica da HAS. Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais.

Nesse aspecto, percebe-se a educação em saúde como forma privilegiada de se abordar esse conhecimento próprio apresentado pela pessoa com HAS e, além disso, como espaço privilegiado para as práticas de saúde, principalmente quando executada na atenção primária.

Assim, atualmente, reconhece-se que fatores culturais são preponderantes na adesão ao processo terapêutico da pessoa com HAS, pois fatores como estilo de vida, hábitos, rotinas e costumes tendem a influenciar diretamente muitas das decisões tomadas pelo indivíduo (BOEHS et al., 2007).

A atuação do médico deve estar pautada na compreensão das reais necessidades da população que assiste, pois é reconhecida a existência de diversos fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento da HAS, como, por exemplo, a baixa condição socioeconômica apresentada pelo usuário, bem como sua baixa autoestima (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Dessa forma, o profissional passa a entender que diversos fatores atuam de forma a influenciar o sujeito em suas decisões. Sendo assim, percebe o espaço da educação em saúde como privilegiado para trabalhar questões que ultrapassam o biológico, com intuito de que se alcance a construção de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis às necessidades dos indivíduos que, por meio do processo de empoderamento, estarão aptos a desenvolver maior controle sobre suas condições de vida individual e coletiva (BESEN et al., 2007).

Percebe-se a importância da prática educativa executada pelo médico, individualmente ou como parte da equipe multiprofissional, com intuito de se conseguir a recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde dos sujeitos por ele assistidos, pois este profissional

está, geralmente, em constante contato com o usuário, podendo, assim, reconhecer suas reais necessidades e, com isso, ter atuação mais efetiva.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a leitura e sistematização de alguns conhecimentos básicos sobre a problemática relacionada ao acompanhamento e controle de usuários hipertensos elaborei uma proposta que, acredito, pode ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aqueles usuários.

6.1 Situação Problema

O problema identificado com prioritário para intervenção foi a alta prevalência de HAS, cujo nós críticos são: baixo de nível de informação da população em relação as medidas de prevenção da HAS, hábitos e estilos de vida inadequados e não identificação e acompanhamento por parte da equipe das pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento da HAS.

6.2Objetivos Gerais

- Aumentar o nível de informação da população sobre as medidas de prevenção da HAS;
- Identificar e acompanhar a população com fatores de risco para desenvolvimento da HAS;
- Realizar ações a fim de motivar as pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento da HAS a mudar os hábitos e estilos de vida;

META 1 – Identificar e acompanhar a população com fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis
<p>-Identificar os pacientes de idade mais elevada (≥ 40 anos).</p> <p>- Identificar pacientes que tenham casos de HAS na família.</p> <p>- Identificar pacientes de raça negra</p>	<p>- Recursos cognitivos, tais como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre os motivos de maior incidência de HAS em pessoas de idade mais elevada e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para análise das idades dos pacientes.</p> <p>- Recursos cognitivos, como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre a maior incidência de HAS em pacientes que possuem história familiar positiva para a doença e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para identificar os parentes dos pacientes com HAS..</p> <p>- Recursos cognitivos, como realização de grupos para informação da população sobre sintomas e consequências da HAS, importância do diagnóstico precoce da doença e informações sobre a maior incidência de HAS na população de raça negra e organizacionais, como disponibilizar pessoas para busca ativa e revisão de prontuários para identificação dos pacientes de raça/cor preta e parda</p>	<p>- Médica, Enfermeira, ACS.</p> <p>- Médica, Enfermeira, ACS.</p> <p>- Médica, Enfermeira, ACS.</p>

META 2 - Realizar ações a fim de motivar as pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial a mudar os hábitos e estilos de vida.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar medidas específicas para redução de peso. - Realizar medidas específicas para prática de exercícios físicos. - Mudanças de hábitos alimentares - Tratamento específico para tabagismo e etilismo - Avaliar os resultados obtidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para este fim utilizaremos recursos organizacionais e políticos, com ações como disponibilizar profissionais da área de nutrição e educação física para elaboração de dietas e realização de exercícios físicos orientados para a população-alvo. - Neste quesito lançamos mão de recursos cognitivos, como campanhas educativas para a população sobre a importância de exercícios físicos e políticos, como disponibilizar profissionais de educação física para orientação de exercícios físicos para a população. - Para este fim utilizaremos recursos cognitivos, tais como informar a população sobre a maior incidência de HAS em pessoas com consumo elevado de sal, sendo imprescindível a realização de dieta hipossódica. - Para este objetivo utilizamos recursos cognitivos, como campanhas educativas sobre o fato de maior incidência de HAS em usuários de álcool e tabaco, e financeiro, com o fornecimento de medicamentos para tratamento de tabagismo e etilismo. - Promover reuniões de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento. - Elaborar um instrumento de avaliação de resultados (qualitativos e quantitativos). - Definir a continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médica, Enfermeira, Profissionais de Educação Física, Nutricionista. - Médica, Enfermeira, Profissional de Educação Física. - Médica, Enfermeira, ACS. - Médica e enfermeira. - Equipe da ESF.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero com este Plano de Intervenção implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados atualmente para os usuários portadores de HAS. As atividades pautarão nas mudanças efetivas dos estilos de vida, de forma que se utilize uma equipe multidisciplinar

nessas atividades. Além do atendimento dos portadores de H.A.S., haverá benefícios também aos portadores de outras patologias como, por exemplo, o Diabetes Mellitus que é a 2ª morbidade em número de casos na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família a qual pertence. Através das atividades vamos propiciar encontro entre usuário e profissional. Merhy (2002) enfatiza que, nessa relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que coloquemos o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado. Dessa forma, estamos propiciando para a comunidade um processo de trabalho diferenciado, onde ela faz parte do serviço e não sujeita-se a ele.

Enfim a expectativa é de que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde. De forma que essas atividades se tornem rotineiras no atendimento da população hipertensa ou em situação de risco para desenvolvimento para desenvolver HAS.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121. 2008.

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.131-147. 2006.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial.** Disponível em: www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca.

BESEN, C. B.; SOUZA NETTO, M; DA ROS, A. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade.**, v.16, n.1, p. 57-68. 2007.

BOEHS AE, MONTICELLI M, WOSNY AM, HEIDEMANN IBS, GRISOTTI M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm [online]**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Informação em saúde: mortalidade**, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/indice.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** S/Data. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Cadernos de Atenção Básica nº 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e Diabete Mellitus. **Manual de Hipertensão arterial e Diabete Mellitus.** Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 - (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.scielobr.com.br>>.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6. 2006.

MONDADORI, P. *et al.* Organização de um serviço de assistência ao paciente com diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Vol 52, n.2. 2008.

MORAIS, G. F. C. *et al.* Conhecimento e práticas dos hipertensos acerca das medidas preventivas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.3, p. 361-371, jul./set., 2009.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am. Enfermagem**., v. 13, n. 3. p. 423-431. 2005.

OTERO, L.M. *et al.* Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Rev Latino-am Enfermagem**. N. 16. Março-abril. 2008.

PAIM, J. J. **Planejamento em Saúde para não especialistas**. In: CAMPOS, G. W. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hicitec/Fiocruz, 2006.

SILVA, A. R. V. *et al.* Educação em saúde a portadores de hipertensão: revisão bibliográfica. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.10, n.3, p. 146-151, jul./set., 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>>

SÁ, M.C. & ARTMANN, E., 1994. **O Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local**. In: Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário (Mendes, E.V.,org.), pp19-44, Brasília: OPAS.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, F. B. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998. V. 2.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5. 2007.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** [online], v.16, n.2, p. 233-238. 2007.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde e Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. In: FARIA, Horácio Pereira et. al. Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p. (Educação a Distância).

WESSCHENFELDER MAGRINI, D., GUE MARTINI, J. **Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família.** Revista Enfermería Global. Nº 26 Abril 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf.