

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

ISABELLE ABRANCHES DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA O
ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO EM IDOSOS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS, VIÇOSA - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2017

ISABELLE ABRANCHES DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA O
ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO EM IDOSOS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS, VIÇOSA - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eluana de Araújo Gomes

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2017

ISABELLE ABRANCHES DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA O
ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO EM IDOSOS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS, VIÇOSA - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Eluana de Araújo Gomes - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 27/06/ 2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha filha por ser a minha razão de viver e a minha mãe por fazer dos meus sonhos os seus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de realizar o meu trabalho com saúde, dedicação, fé e perseverança e ao meu anjinho Manuela por me proteger nessa caminhada.

Agradeço a minha filha, Marcella, por ser a minha fortaleza, o meu maior tesouro!

Agradeço à minha mãe pelo exemplo de vida, força e coragem.

Ao amor da minha vida, Marcelo, pela amizade, companheirismo e compreensão.

Ao meu pai pelo incentivo e aos meus irmãos Isidoro e Mariátilla, e suas respectivas famílias, pelo carinho e amor.

A Madalena, Marcelo, Tio Eduardo e João Bosco pelo apoio e cordialidade.

A minha orientadora Eluana pela paciência e cooperação.

Agradeço as “Mozinhas do NASF” de Viçosa e a todos os profissionais que fazem parte das equipes ESF que trabalho por sempre me ajudarem e pela convivência no dia a dia de trabalho.

Aos usuários de todas as UBS, em especial as minhas “meninas” e “meninos” dos grupos de práticas corporais, pois são eles que me motivam na busca contínua de conhecimentos e por me ensinarem a ser uma pessoa/profissional cada dia melhor!

A todos que me incentivaram e contribuíram, direta ou indiretamente, para com que eu conseguisse realizar e finalizar este Curso de Especialização em Estratégia da Saúde da Família: MINHA ETERNA GRATIDÃO!

“Seja você quem for, seja qual for a posição social que você tenha na vida, a mais alta ou a mais baixa, tenha sempre como meta muita força, muita determinação e sempre faça tudo com muito amor e com muita fé em Deus, que um dia você chega lá. De alguma maneira você chega lá”.

Ayrton Senna

RESUMO

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica possui elevada prevalência e está associada a fatores sociais e econômicos caracterizando, desta forma, como um problema de saúde pública. A análise do diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde do Bom Jesus identificou a falta de planejamento no atendimento multiprofissional aos hipertensos assistidos como problema relevante. Este estudo teve como o objetivo a elaboração de plano de ação para o atendimento multiprofissional dos usuários hipertensos da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, Viçosa – Minas Gerais. Foram consultados artigos nos bancos de dados da LILACS, *Scielo* e *MEDLINE* (publicados em português entre 1998 e 2016), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, da equipe de saúde na Unidade Básica de Saúde local. Desta forma, identificamos como nós críticos: cultura alimentar inadequada; prática de atividade física insuficiente; insuficiente e desestruturado processo de trabalho da equipe da Unidade Básica de Saúde do Bom Jesus; baixo nível de informação dos usuários sobre a hipertensão arterial sistêmica e suas consequências para a saúde e qualidade de vida e a má administração medicamentosa pelos usuários. Baseado nos nós críticos foram propostas as seguintes ações: Alimente-se bem - promover e estimular hábitos alimentares saudáveis, Movimente-se pela vida - estimular a prática regular de atividade física, Organização - melhorar o sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários hipertensos, Saber mais - aumentar o nível de conhecimento dos usuários sobre hipertensão arterial sistêmica, Cuidar melhor - promover formação e momentos para a melhor orientação dos usuários sobre o uso correto das medicações para controle de hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão. Assistência a idosos. Equipe de assistência ao paciente. Qualidade de vida.

ABSTRACT

In Brazil, systemic arterial hypertension has a high prevalence and is associated with social and economic factors, characterizing, in this way, as a public health problem. The analysis of the situational diagnosis of the Basic Health Unit of Bom Jesus identified the lack of planning in the multiprofessional care to the hypertensive patients as a relevant problem. The objective of this study was the elaboration of an action plan for the multiprofessional care of the hypertensive users of the Basic Health Unit Bom Jesus, Viçosa - Minas Gerais. Data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics, from the health team at the local Basic Health Unit, were consulted in the LILACS, SciELO and MEDLINE databases (published in Portuguese between 1998 and 2016). In this way, we identify as critical nodes: inadequate food culture; Insufficient physical activity practice; Insufficient and unstructured work process of the team of the Basic Health Unit of Bom Jesus; Low level of information from users about systemic arterial hypertension and its consequences for health and quality of life and poor drug administration by users. Based on the critical nodes, the following actions were proposed: Feed well - promote and encourage healthy eating habits, Move through life - stimulate regular practice of physical activity, Organization - improve the reception system and active search of hypertensive users, To know more to increase the level of knowledge of the users on systemic arterial hypertension, To take care better - to promote formation and moments for the better orientation of the users on the correct use of the medications for control of systemic arterial hypertension.

Key words: Hypertension. Old Age Assistance. Patient Care Team. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
PA	Pressão arterial
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PNI	Política Nacional do Idoso
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus.....	15
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Cultura alimentar inadequada ”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.....	29
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Prática de atividade física insuficiente”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.....	30
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Insuficiente e desestruturado processo de trabalho da equipe da UBS ”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.....	31
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Baixo nível de informação dos usuários sobre a HAS e suas consequências para a saúde e qualidade de vida ”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.....	32
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Os usuários não sabem administrar as medicações corretamente”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Descrição do município	12
1.2 A unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus, seu território e sua população	13
1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade	14
1.5 Priorização dos problemas.....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral.....	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica em Idosos	20
5.2 Dificuldade de adesão ao tratamento para hipertensão arterial.....	21
5.3 Educação em saúde para abordagem multiprofissional sobre hipertensão....	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	25
6.1 Descrição do problema	26
6.2 Explicação do problema	26
6.3 Identificação dos nós críticos	27
6.4 Desenho das operações	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município

O município de Viçosa que está localizado na região da zona da mata no Estado de Minas Gerais, a 227Km da capital Belo Horizonte e a 351km da cidade do Rio de Janeiro. Grande parte da população é composta por estudantes que vêm à procura de um bom ensino médio e superior, disponibilizados pela Universidade Federal de Viçosa (UFV) – Campus Viçosa. O município possui áreas urbanas e rurais, as quais colaboram com as atividades agropecuárias e com o comércio, principais fontes econômicas da cidade.

O Bairro Bom Jesus teve sua origem na década de 1960. O bairro está totalmente localizado na zona urbana da cidade de Viçosa, com fácil acesso ao centro da cidade e próximo aos bairros Sagrada Família e Conceição.

1.2 A unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus apresenta duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) que coabitam o mesmo espaço físico. A primeira, ESF Bom Jesus I, foi criada em 9 de fevereiro de 2009. Atualmente, esta equipe é composta por uma enfermeira, uma auxiliar administrativo, uma técnica de enfermagem, um médico e cinco agentes comunitários de saúde. Sua implantação no bairro foi estabelecida respondendo a um estudo epidemiológico realizado pela secretaria de saúde, no qual já evidenciava a necessidade de duas equipes de saúde da família, neste bairro. No ano de sua implantação, a unidade chegou a cadastrar aproximadamente 3.500 pessoas, divididas em 7microáreas.

Em 2014 foi implantada a segunda equipe, a ESF Bom Jesus II. No momento a equipe é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar administrativo, uma profissional de serviços gerais e duas agentes comunitários de saúde distribuídas em quatro microáreas, sendo que duas microáreas estão descobertas.

Em 2015, na área de abrangência da equipe Bom Jesus I havia 351 hipertensos cadastrados, o que corresponde a aproximadamente 10% da população. Porém, nenhuma atividade educativa estava sendo realizada, principalmente, porque o processo de trabalho da equipe estava desorganizado.

1.3 A Equipe de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus, seu território e sua população

Segundo a Secretaria de Saúde do município de Viçosa – Minas Gerais, o bairro Bom Jesus está totalmente localizado na zona urbana da cidade de Viçosa, com fácil acesso ao centro da cidade e faz divisa com os bairros Sagrada Família e Conceição. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, até o ano de 2012 a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada na Unidade Básica de Saúde Bom Jesus (UBSF-BJ), não realizava a cobertura total da população, visto que esta ultrapassava o quantitativo de 4.000 habitantes. Porém, neste mesmo ano, foi implantada a ESF Bom Jesus II de forma a garantir cobertura total da população, abrangendo todas as ruas do bairro. Entretanto, ainda há áreas descobertas pelas ESF devido à falta de profissionais em número suficiente para cobertura, e também, áreas desconhecidas uma vez que o processo de cadastramento das famílias está em andamento.

O Bairro está localizado em regiões de elevado número de morros, e baixo número de planícies, sem a presença de rios ou córregos. O bairro possui fonte de águas naturais, contando com o sistema de abastecimento de água público. O abastecimento de água por rede pública é oferecido a 99,74% da população. O tratamento de água mais utilizado é a filtração, porém, uma pequena parte da população ingere água sem tratamento, não sendo possível especificar o percentual da população nessas condições. Dessa forma essa população configura-se como população em risco de doenças emergentes, pois estão mais expostos às zoonoses prevalentes em regiões de saneamento básico inadequado, o qual interfere na qualidade de vida e nas condições de saúde da população. A energia elétrica está presente em 99,40% das residências e o lixo domiciliar é totalmente coletado pela prefeitura.

A partir do reconhecimento da área correspondente ao bairro, foi possível perceber que o seu crescimento ocorreu da região central da cidade, correspondente à planície, à periferia, região mais populosa que possuem aglomerados e famílias em situações de vulnerabilidade social. Ao analisar estas características, é possível identificar que a situação geográfica e estrutural das casas pode influenciar na dinâmica do trabalho da equipe de saúde. O difícil acesso às casas sobrepostas e construídas em uma mesma área física prejudica o

acompanhamento do indivíduo de forma contínua e em todo o seu ciclo de vida. Estas construções não facilitam o acesso às famílias, visto que pode ocorrer o não cadastro de alguns indivíduos em virtude da proximidade das casas e dificuldade em identificar os números e localização das moradias.

Além disso, o bairro possui áreas de risco ambiental, que estão sujeitas a deslizamentos e soterramento. Em sua grande maioria as ruas do bairro possuem calçamento, porém algumas delas são de terra. As ruas de terra correspondem a Rua Lúcia Mota, José Antônio Teixeira, Alice Moreira. A estrutura e a localização destas, muitas vezes dificultam o acesso da população à UBSF, contrapondo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que garantem a acessibilidade, de forma a facilitar o primeiro contato com o sistema. O transporte público atende parcialmente o bairro.

O bairro Bom Jesus conta com uma escola, uma creche, uma capela, um campo de futebol, um presídio e apenas um serviço público de apoio à saúde, a ESF Bom Jesus que se divide em duas equipes, sendo essas a ESF Bom Jesus I e a ESF Bom Jesus II. As atividades de lazer disponíveis no bairro relatadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são aulas de capoeira ministradas na escola durante o período noturno, e a presença do campo de futebol que fica à disposição da população, que comumente é utilizado como local de caminhada e de recreação para as crianças.

1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade

Após realizar o diagnóstico situacional, por estimativa rápida e observação ativa foram identificados os principais problemas:

- **Ausência de programas de atenção multidisciplinar ao hipertenso:** Não existe um trabalho integrado entre os profissionais da UBS na atenção aos hipertensos, o que faz com que os mesmos sejam os principais frequentadores da UBS, segundo informações da equipe de saúde do Bom Jesus.
- **Alto índice de usuários idosos com HAS sem cuidadores:** A grande maioria dos casos de usuários com HAS são idosos que moram sozinhos

e possuem dificuldade em aderir ao controle e tratamento dessas doenças, por não ter nenhum familiar para auxiliá-lo.

- **Alta prevalência de pacientes com estresse e ansiedade:** Através de conversas com os usuários idosos na sala de espera, muitos deles justificam o descontrole da HAS devido a sua ansiedade e ao estresse do dia a dia.
- **Falta de materiais de trabalho:** com a falta materiais básicos de trabalho os profissionais da saúde improvisam para que o trabalho aconteça de alguma forma e sempre recorrem à coordenação para que o problema seja solucionado, porém, como a demanda de materiais é alta e há muita burocracia para se conseguir a mesma, há muita demora.
- **Falta de infraestrutura:** A UBS do Bom Jesus funciona em uma casa alugada que não permite muitas adaptações para ser sede de uma UBS. Embora se encontre em uma área plana do bairro, as regiões mais necessitadas estão localizadas distantes da UBS, sendo de difícil acesso a maioria dos usuários. A ESF Bom Jesus não possui sede própria.

1.5 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, tornou-se necessária a priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo. Como se pode observar no quadro abaixo:

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Ausência de programas de atenção multidisciplinar ao hipertenso	Alta	9	Parcial	1
Alto índice de usuários idosos com DCNT sem cuidadores	Alta	7	Parcial	2

Alta prevalência de pacientes com estresse e ansiedade	Alta	6	Parcial	3
Falta de materiais de trabalho	Alta	5	Parcial	4
Falta de infraestrutura	Alta	5	Parcial	5

Fonte: Autoria própria (2017)

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a HAS possui elevada prevalência e esta associada a fatores sociais e econômicos (MOREIRA *et al.*, 2011) caracterizando desta forma, com um problema de saúde pública. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo e suas consequências são desastrosas, uma vez que a mesma propicia o aparecimento de várias doenças, como a hipertensão arterial e o diabetes (BORGES; SAPORETTI, 2015). A obesidade é um fator importante, não apenas por seu efeito nocivo a saúde de forma isolada, além disso, reduz a expectativa de vida e acarreta danos na qualidade de vida do indivíduo (CARLUCCI *et al.*, 2013).

Cerca de 40% dos pacientes que sabem do diagnóstico, ainda não estão em tratamento, ou seja, apenas uma pequena parcela dos pacientes está com os níveis de pressão arterial devidamente controlado e/ou desconhecem serem portadores da HAS (BARBOSA; LIMA, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), é definida pela persistência dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (MINAS GERAIS, 2007b). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), a pressão arterial ideal para a minimização do risco de problemas cardiovasculares situa-se abaixo de 120/80 mmHg.

Esta doença tem uma alta prevalência entre as pessoas idosas e é um fator determinante de morbidade e mortalidade, podendo ocasionar complicações e

limitações funcionais, o que exige a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica, além disso, trata-se de uma doença, muitas vezes, assintomática (CIPULLO *et al.*, 2010).

Considerando esse cenário, todos os profissionais que compõem a equipe ESF de uma UBS possui um papel essencial na assistência ao portador de HAS, pois contemplam em sua prática, ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Sendo assim, se faz necessário que essa assistência seja estruturada por meio de um programa de cuidado multiprofissional. Esse conjunto de ações, quando bem definidos, possibilita uma avaliação crítica das mesmas, assim como uma avaliação contínua das necessidades de cuidado do indivíduo (MOURA *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2015).

Porém, poucas atividades educativas são realizadas na ESF Bom Jesus, principalmente, porque o processo de trabalho da equipe está desorganizado. Na tentativa de desenvolver uma melhor assistência para os portadores de HAS será desenvolvido um plano de ação com a participação de todos os membros da equipe de saúde.

Foram identificados através da análise dos prontuários, 2974 usuários cadastrados na UBS Bom Jesus I, sendo que 351 usuários (11,8%) são hipertensos e 237 deles são idosos, ou seja, da população hipertensa cadastrada na ESF Bom Jesus, observa-se que, aproximadamente, 67% destes, são idosos. Tendo em vista estes indicativos, é notória a necessidade de intervenção em prol da melhoria da qualidade de vida e controle da PA destes usuários através de uma abordagem multiprofissional para potencializar a resolução das inúmeras consequências do descontrole da HAS.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção com ações multiprofissional para o enfrentamento da hipertensão em idosos da Unidade Básica de Saúde do Bom Jesus em Viçosa-MG.

3.2 Específicos

Descentralizar a abordagem médica dos usuários portadores de HAS, ampliando para todos os profissionais da saúde.

Potencializar a adesão ao tratamento não medicamentoso dos usuários portadores de HAS.

Conscientizar os usuários da UBS Bom Jesus quanto ao estilo de vida ativo e saudável.

Melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de HAS.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção multidisciplinar para o enfrentamento da hipertensão arterial em idosos da UBS Bom Jesus, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Inicialmente, realizou-se um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bom Jesus I e II com o objetivo de identificar os principais problemas. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida participativa, que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os dados levantados por meio deste método foram coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a identificação do principal problema foi realizada uma revisão de literatura através de artigos indexados nas bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library On-Line* (SciELO) publicados entre 2006 e 2016. Foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão; Assistência a idosos; Equipe de assistência ao paciente; Qualidade de vida.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura será proposto um plano de ação, executado pelo método de planejamento estratégico situacional (PES). Tendo em vista que o PES propicia o desenvolvimento do planejamento das intervenções através de um processo participativo nos possibilitará um olhar dos diferentes autores envolvidos nesse processo, potencializando a resolução de determinado nó crítico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Hipertensão arterial sistêmica em idosos

A HAS é uma doença crônica, degenerativa, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010; MENDES; BARATA, 2008; ZAITUNE *et al.*, 2006). Além dos seus fatores de risco não modificáveis (idade, sexo, hereditariedade e raça), a HAS também possui fatores de riscos modificáveis, como: obesidade/sobrepeso, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares e estresse (SILVA *et al.*, 2011).

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2001).

Indivíduos com sobrepeso geralmente apresentam pressão arterial elevada, o que sobrecarrega o coração, desencadeando adaptações morfológicas causando efeitos negativos à saúde do indivíduo (FERREIRA, 2010). O avanço da idade, também, contribui para o aparecimento da HAS, devido às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, que por sua vez são consequências naturais do processo de envelhecimento (PESSUTO; CARVALHO, 1998; BOTREL *et al.*, 2000).

Segundo Mendes; Barata (2008) as elevações da pressão sanguínea aumenta conforme o avançar do ciclo da vida, sendo assim, nas pessoas com mais de 60 anos, a prevalência de desenvolver a HAS é de 60% maior que em um adulto. A HAS “tem alta prevalência e baixas taxas de controle é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 1).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), a alimentação saudável; o consumo controlado de sódio, potássio e de bebidas alcoólicas; o combate ao sedentarismo e ao tabagismo são as principais intervenções não medicamentosas para combate a HAS. A prática regular de atividade física é vista

como uma importante estratégia para a prevenção de várias doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003). Além disso, influencia de maneira positiva na qualidade de vida da comunidade, minimizando custo com tratamentos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

5.2 Dificuldade de adesão ao tratamento para hipertensão arterial

A promoção da saúde e a prevenção de complicações baseadas na abordagem global dos fatores de risco modificáveis são fundamentais. A principal estratégia para o tratamento da HAS é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças, quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular (MINAS GERAIS, 2007a).

Um novo conceito do processo saúde-doença baseado na prevenção e no controle das situações de saúde se torna possível através da educação em saúde, tendo em vista o contexto no qual o indivíduo está inserido e seus conhecimentos prévios sobre os cuidados com sua saúde (SCHALL; STRUCHINER, 1999; MINAS GERAIS, 2007a).

O diagnóstico do indivíduo deve ser integral, por isso, deve-se observar além do aspecto biológico, o social, o ambiental, o relacional, o cultural e pactuar as mudanças necessárias em todos esses aspectos para o restabelecimento da saúde, a partir do cuidado e do acompanhamento (SILVEIRA FILHO, 2008), e para isso é fundamental uma equipe multiprofissional. Segundo o fluxograma preconizado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010) para tratamento anti-hipertensivo é exigido diferentes abordagens.

Na composição da equipe multiprofissional, pressupõe-se a participação ativa do usuário. Nessa abordagem o modelo da conduta se resume em um jogo eficiente de estímulos que possibilita o mesmo a responder através de mudanças de comportamentos. Sendo assim, incluir o usuário na equipe faz com que ele ganhe autonomia e responsabilize pelo seu cuidado, tornando-o sujeito e não simples objeto das ações de saúde a ele dirigidas (BORDENAVE, 1994).

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial:

Tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos. A consecução dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosa, e por serem medidas educativas, necessitam continuidade em sua implementação. É considerando exatamente esse aspecto que o trabalho da equipe multiprofissional, ao invés do médico isoladamente, poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama muito maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 1999, p. 264).

A prevenção e o tratamento da HAS envolvem ensinamentos em prol do conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, na necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. Sendo assim, uma abordagem multiprofissional proporcionará aos usuários uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para adotar hábitos de vida mais saudáveis e aderir ao tratamento proposto de forma eficaz (SUAREZ, 2015; PIMAZONI *et al.*, 2006).

Muitas pessoas apresentam dificuldades em aceitar o diagnóstico e aderir ao tratamento prescrito, nesse sentido, a educação em saúde consiste em uma das principais ferramentas na promoção de saúde, onde uma equipe multiprofissional possa desenvolver um trabalho de maneira a vislumbrar uma visão holística dos portadores de hipertensão, visto que para um processo educativo mais eficaz, é necessário primeiramente conhecer a atitude do indivíduo a respeito da saúde dele (SÁNCHEZ, 2014).

Sendo assim, a adesão ao tratamento apresenta-se como um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde. (BLOCH *et al.*, 2008; GIROTTO *et al.*, 2007). Tendo em vista que os idosos hipertensos, independentemente, do gênero têm a dificuldade para aderir a um tratamento farmacológico correto (ALMEIDA *et al.*, 2001). Silva *et al.* (2006), firmam que os idosos possuem conhecimento sobre a HAS e o tratamento para equilibrar a pressão arterial, no

entanto, muitos deles não fazem uso do tratamento de forma correta. Muitos deles agem segundo opiniões e experiências sociais, outros acreditam que a doença pode estar associada ao estado emocional e deixam de fazer o tratamento conforme prescrição médica.

Somado a isso, as pessoas deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença (SILVA; SOUZA, 2004) e a dificuldade de mudança de hábitos, que é fundamental para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção distante de muitos hipertensos (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). Muitos até iniciam corretamente o tratamento, porém no decorrer do tratamento desistem e não o realiza conforme o recomendado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Segundo Jardim; Jardim (2006), os usuários que não aderem às orientações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem corretamente as prescrições medicamentosas não terão sucesso no controle dos níveis pressóricos. Cabe a equipe multidisciplinar de saúde o acompanhamento contínuo do idoso hipertenso, sempre estimulando a participar de ações educativas, nas quais ele poderá conhecer melhor sobre a doença, o tratamento e os riscos relacionados à hipertensão. A educação em saúde se apresenta como uma das principais estratégias para melhorar a adesão ao tratamento de usuários hipertensos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 1999).

5.3 Educação em saúde para abordagem multiprofissional sobre hipertensão

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) afirma a necessidade de um melhor funcionamento da ESF com relação à prevenção e promoção da saúde, a existência de uma equipe multiprofissional, ou seja, composta por, no mínimo, o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar, os profissionais de saúde bucal. Somado a isso, as equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem ser compostas por profissionais da saúde como nutricionista, assistente social, farmacêutico, psicólogo, profissional de educação física, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico veterinário, entre outros.

A equipe deve discutir os problemas de saúde das suas áreas de abrangências, atuando de forma integrada e com níveis de competências bem estabelecidas na abordagem dos problemas de saúde atuando no desenvolvimento de estratégias conjuntas de intervenção, como, por exemplo: reuniões de equipe, matriciamento, consultas compartilhadas e grupos educativos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2006). A composição multiprofissional da equipe de ESF possibilita uma intervenção mais efetiva e resolutiva, através de uma abordagem integral ao usuário sobre a prevenção e tratamento da HAS (MAIA *et al.*, 2004; SILVA *et al.*, 2004).

Silva *et al.* (2006) afirmam que a intervenção multidisciplinar no tratamento e no acompanhamento de usuários com HAS e Diabetes Mellitus de uma Unidade Básica de Saúde de Vila Romana (São Paulo), mostrou-se eficiente no controle destas doenças, uma vez que se observou redução relativa de 42% e absoluta de 26% no número de pacientes com HAS.

Tendo em vista as condições multifatoriais, a contribuição de uma equipe multiprofissional que apoie os usuários com HAS, além das intervenções não farmacológicas são de extrema importância, deve ser incentivadas sempre que possível. Desta forma, a educação em saúde, uma ferramenta que possibilita um melhor conhecimento e entendimento da doença, fortalece a adesão ao tratamento anti hipertensivo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A participação dos usuários em grupos educativos de discussão, trocas de informações sobre as doenças e condutas para adoção de hábitos de vida mais saudáveis é fundamental, pois proporciona a troca de experiência e empoderamento aos usuários sobre os cuidados necessários para melhor controle da HAS (FRANCISCO *et al.*, 2010).

Desta forma, os profissionais de saúde devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos, potencializando mudanças no cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando um cuidado integral e humanizado (SANTOS, 2013).

Tendo em vista que intervenções educativas possibilitam à equipe de saúde conhecer melhor as singularidades e demandas dos seus usuários, as mesmas conseguem desenvolver medidas mais eficazes para diminuir a não adesão ao

tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HA (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 em seu parágrafo III do anexo I - Disposições gerais sobre a Atenção Básica/Dos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica afirma que:

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011, p. 2).

A educação em saúde como instrumento para a emancipação dos sujeitos deve envolver em suas práticas elementos pedagógicos como o diálogo e a participação, que se estabelecem a partir da relação entre os profissionais de saúde e usuários. Sendo assim, a educação em saúde proporcionará a autonomia e a participação ativa dos sujeitos, tendo em vista que seu principal objetivo é a transformação social bem como a consolidação das diretrizes do SUS (MONTEIRO *et. al.*, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Ausência de programas de atenção multidisciplinar ao hipertenso”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema

É notório que os idosos possuem uma baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e continua existindo um grande número de indivíduos hipertensos não controlados na área de abrangência da UBS Bom Jesus, o que reflete a necessidade de preconizar abordagens mais completas que almeje o cuidado do indivíduo na sua integralidade, assim como melhorias no processo de trabalho do cuidado da saúde.

Contudo, é de extrema importância que as intervenções nesse público sejam desenvolvidas de forma a potencializar a adesão às modificações do estilo de vida mais saudável e ativo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e controle da PA deste grupo populacional.

Os estágios – parceria entre Secretaria de Saúde de Viçosa e Universidade Federal de Viçosa – tendem a contribuir com o aumento da adesão dos hipertensos ao tratamento, uma vez que os alunos da graduação (medicina e enfermagem) que realizam os estagiários sempre trazem diferentes abordagens sobre a HAS, entretanto, quando o período de estágio termina não há continuidade com as ações desenvolvidas.

Para a eficácia do cuidado dos usuários hipertensos, é importante que haja um vínculo maior da ESF Bom Jesus com os mesmos, tendo em vista que uma equipe que estabelece vínculo com seus usuários tornam os mesmo mais motivados e conseguem uma melhor adesão ao tratamento da HAS, porém, na UBS Bom Jesus há uma grande rotatividade de profissionais (médicos, enfermeiros e estagiários dos diferentes cursos da Universidade) o que dificulta o fortalecimento deste vínculo.

6.2 Explicação do problema

A alta demanda de usuários idosos hipertensos pode ser explicada como sendo uma somatória de diversas causas. As principais causas descritas, através do diagnóstico situacional, pela equipe da UBS do Bom Jesus, são:

- ✓ Ausência de um programa de atenção multidisciplinar ao idoso com HAS: através de uma visão holística o idoso com HAS poderá alcançar

um melhor resultado no tratamento da HAS, uma vez que a mesma tem como causa multifatores. Sendo assim, cada profissional poderá, dentro de suas competências e de forma conjunta, ter melhor resolução para este o controle dessa morbidade.

- ✓ Hábitos de vida inadequados dos usuários: grande parte dos portadores de HAS e demais usuários da UBS Bom Jesus não possuem hábitos de vida saudável. A maioria dos usuários é obesa ou apresentam sobrepeso, bem como, sedentários e não possuem uma alimentação balanceada. Tais informações foram concluídas através do diagnóstico observacional e conversas informais com os usuários.
- ✓ Desconhecimento dos usuários da importância da adesão ao tratamento da HAS: quando o usuário é diagnosticado com HAS, muitas vezes, as orientações sobre o tratamento são impostas pelos médicos. Não há uma abordagem com o objetivo de conscientizar o mesmo para o seu cuidado/tratamento, bem como intervenções sobre a importância do autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, em prol da melhoria da sua qualidade de vida do hipertenso.
- ✓ Desconhecimento dos usuários sobre a HAS e suas consequências: alguns hipertensos desconhecem as causas e consequências da HAS. Por não estarem cientes dessas informações os usuários ficam mais propícios a não adesão ao tratamento, que por sua vez, pode descontrolar a PA.

6.3 Identificação dos nós críticos

Selecionamos abaixo os “nós críticos” relacionados com o problema principal, são eles:

- ✓ Cultura alimentar inadequada: a população tem pouco conhecimento e entendimento sobre dieta balanceada, sendo assim, consomem muitos alimentos que potencializam o problema da HAS.

- ✓ Prática de atividade física insuficiente: a população não possui o hábito de praticar exercício físico, o que a torna vulnerável às graves consequências do sedentarismo (HAS, diabetes, obesidade, doenças cardíacas). Além disso, a população, muitas vezes, não sabe os benefícios da prática de exercício físico no controle da HAS.
- ✓ Insuficiente e desestruturado processo de trabalho da equipe da UBS: a ESF Bom Jesus encontra-se em período de constante rotatividade de profissionais. Além disso, existem 4 microáreas (microáreas: 01, 03, 05 e 06) descobertas, sendo duas por falta de ACS e duas devido as ACS estarem de licença maternidade. Existe acompanhamento dos usuários, porém de forma insuficiente, uma vez que existem áreas descobertas.
- ✓ Baixo nível de informação dos usuários sobre a HAS e suas consequências para a saúde e qualidade de vida: muitas vezes o portador de HAS não possui informações das causas e consequências da HAS. Estando cientes dessas informações os usuários tendem a se automedicar de maneira mais eficaz.
- ✓ Os usuários não sabem administrar as medicações corretamente: a população faz uso indiscriminado de diversos tipos de medicamentos, uma vez que há troca de receitas, periodicamente, sem ao menos uma avaliação médica das condições de saúde atual do usuário. Além disso, os usuários tomam remédio de maneira equivocada (horários, intervalos, entre outros) ou até mesmo deixam de tomar, pois, muitas vezes, não possuem um familiar para auxiliá-los.

6.4 Desenho das operações

Após discussão, o desenho das operações para os nós críticos levantados estão apresentados nos quadros abaixo (quadro 2, 3, 4, 5, e 6):

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Cultura alimentar inadequada”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Cultura alimentar inadequada
Operação	Promover e estimular hábitos alimentares saudáveis.
Projeto	ALIMENTE-SE BEM
Resultados esperados	Proporcionar aos usuários informações gerais sobre uma dieta balanceada e adequada.
Produtos esperados	Palestras de reeducação alimentar.
Recursos necessários	Organizacional: planejar o grupo de reeducação alimentar. Cognitivo: informações sobre alimentação saudável. Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS's; garantir espaço adequado para os encontros; articulação intersetorial.
Recursos críticos	Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS's; garantir espaço adequado para que aconteçam os encontros; articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais da equipe de saúde da família e nutricionista do NASF. Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Não é necessária.
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus. Nutricionista e profissional de educação física.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus: acompanhamento e readaptações do planejamento mensal dos grupos de reeducação. Nutricionista: feedback dos participantes do grupo de reeducação alimentar. Profissional de educação física: feedback dos participantes do grupo.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Prática de atividade física insuficiente”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Prática de atividade física insuficiente
Operação	Estimular a prática regular de atividade física.
Projeto	MOVIMENTE-SE PELA VIDA
Resultados esperados	Aumentar o número de usuários fisicamente ativos. Conscientizar os usuários sobre os benefícios da prática de atividade física no controle/prevenção da HAS.
Produtos esperados	Grupos de caminhada orientada e palestras sobre o tema para os participantes.
Recursos necessários	Organizacional: planejar o grupo caminhada orientada. Cognitivo: palestras sobre benefícios da atividade física. Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS's; garantir espaço adequado e materiais para as atividades. Financeiro: melhoria da infraestrutura do Campo do Carecão onde ocorrerá a caminhada.
Recursos críticos	Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS's; garantir espaço adequado e materiais para que aconteçam as atividades; articulação intersetorial. Financeiro: melhoria da infraestrutura do Campo do Carecão.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais da equipe de saúde da família e profissional de educação física do NASF Motivação: Favorável. Ator que controla: Secretaria Municipal de Esporte e Lazer Motivação: Indiferente
Ações estratégicas	Apresentar projeto de melhoria do Campo do carecão
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Profissional de educação física e Secretaria de Esporte e Lazer
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Profissional de educação física: análise da lista de presença do grupo de caminhada e palestras e feedback dos participantes do grupo. Secretaria de Esporte e Lazer: acompanhamento do planejamento reestruturação do campo.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Insuficiente e desestruturado processo de trabalho da equipe da UBS”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Insuficiente e desestruturado processo de trabalho da equipe da UBS
Operação	Melhorar o sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários hipertensos.
Projeto	ORGANIZAÇÃO
Resultados esperados	Melhorar a abrangência do cuidado nas áreas descobertas. Melhorar acompanhamento dos usuários hipertensos.
Produtos esperados	Acolhimento com equidade os pacientes hipertensos que solicitarem atendimento na UBS. Melhoramento do acompanhamento dos usuários, através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS's.
Recursos necessários	Organizacional: organização das atividades da equipe para realizar o acolhimento e busca ativa dos usuários hipertensos. Cognitivo: informações sobre acolhimento e busca ativa. Político: aprovação da equipe e potencialização deste processo de trabalho. Financeiro: cobertura total das áreas descobertas por falta de ACS's: contratar ACS's.
Recursos críticos	Organizacional: organização das atividades da equipe para realizar o acolhimento e busca ativa dos usuários hipertensos. Cognitivo: informações sobre acolhimento e busca ativa. Político: aprovação e adesão da equipe a este novo processo de trabalho. Financeiro: cobertura total das áreas descobertas por falta de ACS's: contratar ACS's.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais da equipe de saúde da família e Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Indiferente
Ações estratégicas	Apresentar necessidade de cobertura total das áreas de abrangência em prol da melhoria da qualidade do cuidado integral do usuário.
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus e Equipe NASF
Processo de monitoramento e	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus: Implantação do fluxograma de forma experimental.

avaliação das operações	Equipe NASF: Apresentação do fluxograma para a equipe e capacitação da mesma sobre estratégias de melhor acolhimento para atendimento ao hipertenso.
--------------------------------	---

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Baixo nível de informação dos usuários sobre a HAS e suas consequências para a saúde e qualidade de vida”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Baixo nível de informação dos usuários sobre a HAS e suas consequências para a saúde e qualidade de vida
Operação	Aumentar o nível de conhecimento dos usuários sobre HAS.
Projeto	SABER MAIS
Resultados esperados	Proporcionar aos usuários mais informações sobre as consequências da HAS e seus fatores de risco.
Produtos esperados	ACS mais informada sobre HAS e com condições de informar aos usuários da região. Usuários mais informados sobre HAS e seus fatores de riscos.
Recursos necessários	Organizacional: organizar a capacitação dos ACS; planejar as salas de espera e os grupos operativos. Cognitivo: informações sobre as consequências da HAS e seus fatores de risco. Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS; garantir espaço adequado para que aconteçam os grupos operativos e a capacitação; articulação intersetorial; sensibilização dos ACS. Financeiro: panfletos educativos e recursos áudio visuais.
Recursos críticos	Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS; garantir espaço adequado para que aconteçam os grupos operativos e a capacitação; articulação intersetorial; sensibilização dos ACS.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais da equipe de saúde da família e Equipe do NASF Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária.
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus e equipe NASF
Processo de	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus:

monitoramento e avaliação das operações	acompanhamento e readaptações do planejamento mensal dos grupos de hipertensos. Equipe NASF: capacitação da equipe sobre HAS e estratégias didáticas para informar o usuário hipertenso sobre HAS.
--	--

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “ Os usuários não sabem administrar as medicações corretamente”, na população sob responsabilidade da PSF Bom Jesus, do município - Viçosa, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 5	Os usuários não sabem administrar as medicações corretamente
Operação	Promover formação para a melhor orientação dos usuários sobre o uso correto das medicações para controle de HAS. Promover momentos onde os usuários obterão informações adequadas sobre o uso correto das medicações para controle de HAS.
Projeto	CUIDAR MELHOR
Resultados esperados	Profissionais mais qualificados sobre o tema. Desta forma, os usuários obterão informações sobre a forma correta e serão capazes de administrar suas medicações mais adequadamente.
Produtos esperados	Estratégias de abordagem ao usuário sobre a utilização adequada de medicamentos. Salas de espera com grupos operativos sobre o tema.
Recursos necessários	Organizacional: organizar a capacitação dos ACS; planejar as salas de espera e os grupos operativos e seus fatores de risco. Cognitivo: ACS mais preparado para informar aos usuários sobre a medicação utilizada para controle de HAS e administração correta do mesmo. Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS; garantir espaço adequado para que aconteçam os grupos operativos e a capacitação; articulação intersetorial; sensibilização dos ACS.Solicitar a farmacêutica do NASF. Financeiro: panfletos educativos e recursos áudio visuais.
Recursos críticos	Organizacional: organizar a capacitação dos ACS; planejar as salas de espera e os grupos operativos. Político: realizar mobilização social através de convites distribuídos pelos ACS; garantir espaço adequado para que

	aconteçam os grupos operativos e a capacitação; articulação intersetorial; sensibilização dos ACS's. Solicitar a farmacêutica do NASF.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais da equipe de saúde da família, equipe do NASF e farmacêutica do NASF. Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária.
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus e equipe NASF.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Equipe de Estratégia Saúde da Família Bom Jesus: distribuição do folder explicativo e feedback do usuário. Equipe NASF: capacitação da equipe sobre utilização adequada de medicamentos e criação de folder explicativo

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme citações anteriores, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é importante problema de saúde devido à sua alta prevalência e associação com outras doenças crônicas não transmissíveis, tornando-se um desafio para a saúde pública. Sendo assim, seu estudo é fundamental para uma abordagem efetiva dos usuários, principalmente em relação à prevenção das complicações e a melhoria na qualidade de vida.

Como já visto, esta patologia cresce entre os idosos, fato que leva a uma maior preocupação, pois os mesmos são predispostos a serem acometidos por doenças, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), uma vez que sofrem várias mudanças em seu organismo e no seu estilo de vida.

Os principais fatores determinantes e condicionantes para a não adesão ao tratamento da HAS evidenciados nos estudos foram à falta de informação e o estilo de vida (alimentação inadequada e sedentarismo) dos usuários. Assim sendo, o estudo desses fatores determinantes para a adesão ao tratamento é uma ferramenta importante para que as ações e estratégias criadas sejam efetivas com relação a essa problemática.

A adesão ao tratamento é um dos desafios para a equipe de saúde e os usuários. Porém, ao alcançarmos melhoria na adesão, conseqüentemente, iremos melhorar o controle dos níveis pressóricos destes usuários, além de diminuir as taxas de complicações na saúde ocasionadas pela HAS.

Torna-se relevante pensar sobre a atuação de uma equipe multiprofissional para melhorar o enfrentamento da HAS pelos idosos, de modo a buscar novas estratégias, como grupos operativos e mudanças na maneira de abordar a doença.

Contudo, uma abordagem multiprofissional é de extrema importância, também, para proporcionar mudanças para um estilo de vida ativo e mais saudável dos idosos hipertensos. Com esse plano de ação a ESF Bom Jesus pretendeu melhorar/potencializar a abordagem aos usuários hipertensos, conscientizá-los sobre os benefícios da atividade física e de uma alimentação balanceada, e do uso correto dos medicamentos. Além disso, o plano de ação melhorou, também, a estrutura do serviço e ofereceu capacitações aos profissionais de saúde para um melhor acompanhamento/atendimento relacionado aos usuários hipertensos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar**. 4 ed. Rio de Janeiro: ANS. 2011.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na Atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

ALMEIDA, V. *et al.* **A hipertensão arterial. Manual de atenção à saúde do adulto-Hipertensão e diabetes**. 2.ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2119.pdf>. Acesso em: 20 de março 2017.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K C. Índice de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev. Bras. Hipertens.** São Paulo. v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf> Acesso em: 14 de junho de 2017.

BLOCH, K. V *et al.* Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/30.pdf>. Acesso em: 20 de março 2017.

BORGES, K. E. L.; SAPORETTI, G. M. **Atenção Primária à Saúde: O Profissional de Educação Física**. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, 2015. 128 p. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 9 de outubro de 2016.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. Tradução de Maria Thereza Grandi. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2, 1994. Disponível em: https://www.ufpe.br/medicina/images/Textos_recomendados/alguns_fatores_pedagogicos.pdf. Acesso em: 14 de maio de 2017.

BOTREL, T. E. A. *et al.* Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Revista brasileira de clínica terapêutica**. v. 26, n. 3, p. 87-90. 2000. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r001&id_=39. Acesso em: 19 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. acesso em: 19 de outubro de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção a saúde e nas linhas de cuidados prioritários.** Brasília: Ministério de Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doe ncas_cronicas.pdf. Acesso: 13 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Atenção Básica. Estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 05 e março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao _das_acoes_de_saude_2/](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/). Acesso em: 17 de setembro de 2016.

CARLUCCI, E. M. *et al.* Perfil antropométrico de pré-escolares de Paranavaí/PR. **Coleção Pesquisa em Educação Física.** Várzea Paulista, v. 12, n. 4, p. 119-126, 2013. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Meus%20documentos/Downloads/4662-14440-1-SM.pdf>. Acesso em: 9 de outubro de 2016.

CIPULLO, J. P. *et al.*, Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.94, n.4, p. 519-526, 2010. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/2719/1660>. Acesso em: 9 de outubro de 2016.

Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Abordagem Multiprofissional do Hipertenso.** Disponível em:

<http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/abordagem.asp>. Acesso em: 26 de março de 2017.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p. 97-104, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4574.pdf>. Acesso em: 26 de março de 2017.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Diabetes auto referido em idosos: prevalência, fatores associados e praticas de controle. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 26, v. 1, p. 175-184, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/18.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2017.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família. **Ciencias & Saúde Coletiva**. v. 26, n.1, p. 1763-1772, 2007. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vls000129935>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2017.

JARDIM, P.C.B.V.; JARDIM, T. S.V. Modelos de estudo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertensão**. v. 13, n.1, p. 26-29, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/07-modelos-de-estudos.pdf>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabologia**, São Paulo , v. 43, n. 4, p.257-286, Agosto, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004. Acesso em: 18 de fevereiro de 2017.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad Saúde Pública**., v. 26, n. 8, p.1470-1, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800001. Acesso em: 20 de março 2017.

MAIA, F. R. *et al.* Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. **Revista Espaço para Saúde**. v.7, n.1, p. 16-29, 2004. Disponível em: https://www.academia.edu/29537238/PROPOSTA_DE_UM_PROTOCOLO_PARA_O_ATENDIMENTO_ODONTOL%C3%93GICO_DO_PACIENTE_DIAB%C3%89TICO_NA_ATEN%C3%87%C3%83O_B%C3%81SICA_PROPOSAL_OF_A_PROTOCOL_FOR_THE_DIABETIC_PATIENT_DENTAL_ATTENDANCE_IN_BASIC_HEALTH_ATTENTION. Acesso em: 12 de março de 2017.

MENDES, R.; BARATA, J. L. T. Exercício aeróbio e pressão arterial no idoso.

Revista Portuguesa de Clínica Geral. v. 24, n. 2, p. 251-7, 2008. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10480>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** 2 ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007a. p.198. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2119.pdf>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2007b. p. 186. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em : 11 de fevereiro de 2017.

MONTEIRO, M.D.B.D. *et al.* Educação em saúde: Revisão de literatura em periódicos nacionais. **Rev Enferm UFPE.** v. 7, n. (esp), p. 6283-7, 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2896/pdf_3814. Acesso em: 20 de março 2017.

MOREIRA, O. C. *et al.* Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Revista Brasileira de Educação Física do Esporte.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 397-406. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v25n3/v25n3a05.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

MOURA, D. J. M. *et al.* Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 4, p. 759-765, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a20v64n4.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-20340>. Acesso em: 09 agosto de 2016.

PASSOS, B.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços da Saúde.** v. 15, n.1, p. 35-45, 2006. Disponível em: http://www.elsa.org.br/downloads/Artigos%20em%20PDF/hipertensao_arterial_estimativas_de_prevalencia_Valeria_Azeredo.pdf. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1- 12, out. 2003. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9ab3/3de8bc67e859f6a7d901212478cf62e80600.pdf>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Latino-Americana Enferm.** v. 6, n. 1, p. 33-39, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 10 de dezembro de 2016.

PIMAZONI, A.N. *et al.* **Hipertensão arterial sistêmica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab15>. Acesso em: 05 e março de 2017.

SÁNCHEZ, M. G. **Intervenção educativa para diminuir o alto índice de hipertensão arterial na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família em Traipu - AL.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Traipu, 2014. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Interven%C3%A7%C3%A3o_educativa_para_diminuir_alto.pdf. Acesso em: 18 de fevereiro de 2017.

SANTOS, F. P. A. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Escola Enferm USP.** V.47, n. 1, p. 107-14. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf>. Acesso: 04 de setembro de 2016.

SILVA, D. B. *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Rev Bras Promoção da Saúde.** v. 24, n.1, p. 16-23, 2011. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2046/2340>. Acesso: 26 de fevereiro de 2017.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev Eletrônica Enferm,** v.6, n.3, p.330-335, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/838/989>. Acesso: 26 de fevereiro de 2017.

SILVA, T. R. *et al.* Controle da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade.** V. 15, n.3, p. 180-189, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000300015&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso: 26 de fevereiro de 2017.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. Atenção básica no sistema único de saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Letras, 2008, p. 31-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100024. Acesso em: 14 de maio de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes.** Rio de Janeiro: Diagraphic. 2006. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/atualizacao_diabetes2006.pdf. Acesso em: 18 de março de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** / Adolfo Milech *et al.*; organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, v. 95, N. 1. p. 1-51. 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 05 e março de 2017.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, s. 2, p. S4-S6, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>. Acesso em: 05 e março de 2017.

SOUSA, A. S. J. *et al.* Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. v. 23, n. 1, p. 102-7, 2015. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=762104&indexSearch=ID>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

SUAREZ, O. R. **Educação em saúde como estratégia de enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica**. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4237>. Acesso em: 05 e março de 2017.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 929-935, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 28 de agosto de 2016.

VIER, B. P. *et al.* **Fatores de risco para hipertensão arterial em funcionários de um hospital universitário**. Anais Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Belém, 2013. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1426>. Acesso em: 28 de agosto de 2016.

ZAITUNE M. P. A. *et al.* **Hipertensão arterial em idoso: prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de campinas**. São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2006. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/01f3/353606f780c9eb30474334f3d38a848d0a7b.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2017.