

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

NIURKA FLORES MEDINA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE
INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE DA SAÚDE CASSIO RESENDE NO
MUNICÍPIO DE UBERABA.**

UBERABA. MINAS GERAIS.

2015

NIURKA FLORES MEDINA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE
INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE DA SAÚDE CASSIO RESENDE NO
MUNICÍPIO DE UBERABA.**

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.
Orientadora: Profa. Dra. Emiliane Silva
Santiago.

UBERABA. MINAS GERAIS.

2015

NIURKA FLORES MEDINA

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVAR O NÍVEL DE INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NA EQUIPE DA SAUDE CASSIO RESENDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA.

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.
Orientadora: Profa. Dra.Emiliane Silva
Santiago.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a Emiliane Silva Santiago Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Profa. Zilda Cristina dos Santos-Universidade Federal do Triangulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte:

AGRADECIMENTOS:

A minha orientadora, pela paciência, compreensão, e sobre tudo pela motivação com nosso trabalho desde sua iniciação, a colaboração foi decisiva na elaboração e conclusão deste projeto de intervenção.

Agradeço a nossa equipe de trabalho, da Unidade Básica de Saúde Jacob José **Pinto** o acolhimento e apoio a nosso trabalho quando só era uma **ideia**.

RESUMO

Foi objetivo deste trabalho a realização de um projeto intervencionista educativo que traga benefícios à dinâmica da Equipe de Saúde da Família e comunidade Cassio Resende, da UBS Jacob José Pinto, no município de Uberaba, como um todo no manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerando que a Educação em Saúde tem contribuído significativamente para a prevenção e controle da doença, sua proposta e fornecer conhecimento com a finalidade de estimular a população de risco e pacientes hipertensos para efetivar mudanças em seu comportamento contribuindo a reduzir a incidência e prevalência sem como os episódios de agravo e complicações da hipertensão arterial, a intervenção educativa foi focalizada para o trabalho com os Grupos Operativos de HIPERDIA ao decorrer dos meses de abril ate julho dos 2015.

Palavras chaves: Hipertensão. Educação em Saúde. Fornecer. Conhecimento. Mudança. Comportamento.

ABSTRACT.

This study aimed at the implementation of an educational interventional project that will bring benefits to the dynamics Health Team Family and Cassio community Resende, UBS Jacob Jose Pinto in the city of Uberaba as a whole in the management of High Blood Pressure (HBP) considering that health education has contributed significantly to the prevention and control of disease, its proposal and provide knowledge for the purpose of stimulating the population at risk and hypertensive patients to effect changes in their behavior contributing to reduce the incidence and prevalence without as episodes of injury and complications of hypertension, the educational intervention was focused to work with the Operating Groups HIPERDIA the course of April until July of 2015.

Key words: Hypertension. Health Education. Provide. Knowledge. Mudança.Comportamento.

SUMARIO.

1- INTRODUÇÃO -----	Pag. 8
2-JUSTIFICATIVA -----	15
3-OBJETIVOS -----	19
4- METODOLOGIA -----	20
5-REVISAO CONCEITUAL E OPERACIONAL -----	21
6-PLANO DE INTERVENÇÃO -----	27
7-CONSIDERACOES FINAIS -----	33
REFERENCIAS -----	35
APENDICE A -----	38

1. INTRODUÇÃO.

1.1. HISTORICO DO MUNICIPIO.

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816. Em 1820, o rei D. João VI eleva Uberaba à condição de Freguesia, o que significou a emancipação em assuntos de ordem civil, militar e religiosa.

As extensas propriedades que caracterizavam sua formação deveram-se aos baixos preços e isenção de impostos sobre as terras, dos quais foram beneficiários alguns dos que se dirigiram às regiões mineradoras de Goiás, notadamente a Desemboque, que rapidamente foram exauridas.

Em 1840, tornou-se sede de Comarca, o que aumentou sua importância regional sendo alçada, em 1856, da condição de Vila para Cidade. Nesta época, já tinha grande importância como centro comercial. A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana.

Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade que hoje em dia atinge a marca 315 360 habitantes. (IBGE, 2014).

1.2 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO.

O município está encravado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, microrregião Uberaba, os municípios limítrofes são Água Comprida, Conceição das Alagoas, Uberlândia, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Igarapava (SP), Aramina (SP), Miguelópolis. Este situada a 752 metros de altitude, de Uberaba as coordenadas geográficas do município Latitude: 19° 45' 1" Sul Longitude: 47° 55' 57" Oeste.(IBGE,2014).

1.3 ASPECTOS GEOGRÁFICOS.

Indicadores:

Área total do município: 4 523 957 km²

Concentração habitacional: 65,43 habitantes/km². (IBGE, 2014).

1.4 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.

Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 1.0 PNUD/2013

Taxa de Urbanização: 1.60%

Renda Média Familiar: Urbana: R\$ 955.49

O 99% das residências são abastecidas pela rede pública de água.

O recolhimento de esgoto por rede publica: 98% das residências são atendidas pela rede de esgoto. (IBGE, 2014).

1.5 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONOMICAS.

Uberaba encontrasse no ranking dos maiores PBI agrícolas do Brasil, desde 2012. Ocupa o quarto lugar do Brasil, subindo quatro posições e assumindo o maior PIB agrícola de Minas Gerais. (IBGE, 2014).

Uberaba é conhecida como a capital mundial do gado Zebu, raça que foi introduzida por criadores da cidade no final do século XIX, após a importação das primeiras matrizes da Índia. É um polo na criação, desenvolvimento

genético e comercialização do zebu, tendo sido escolhido como sede da principal e maior central de inseminação pecuária do País: Alta Genética.

A Expo Zebu continua sendo a maior feira de gado Zebu em todo o mundo é realizada habitualmente entre os dias 1º e 10 de maio de cada ano. (IBGE, 2014).

A cidade também é sede da maior exposição de uma só raça em todo o mundo: A Mega Leite no mês de Julho dedicado ao Gado Leiteiro, a Expo genética realizada em Agosto e a Expoinel, realizada todo mês de setembro e dedicada inteiramente à raça Nelore além de Expo Brahma no mês de Outubro dedicada à raça Brahma. (IBGE, 2014).

Uberaba apresenta-se como uma grande atração para a indústria através da criação de três distritos industriais e estabelecimento de um polo moveleiro, indústrias do setor de alimentação, calçados e químicos. É uma das 100 cidades do Brasil com melhores polos industriais, oferece posição estratégica no país, situando-se a cerca de 500 km dos principais centros econômicos do Brasil (São Paulo, Belo Horizonte e Brasília) conta com grandes riquezas naturais como minérios e o Rio Grande. (IBGE, 2014).

1.6 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

Indicadores:

Taxa de Crescimento Anual: Crescimento de 1% ao ano.

Densidade demográfica: 70.60 habitantes /km². (IBGE, 2014).

Tabela 1 - Distribuição da população por idade, sexo e moradia em área urbana ou rural. Uberaba 2012.

IDADE	MASCULINOS	FEMENINO	TOTAL
< 1 ano	1843	1799	3642
1-4 anos	7477	7477	14954
5-9 anos	9659	9130	18789
10-14 anos	11367	10739	22106
15-19 anos	12479	12089	24586
20-29 anos	28197	27243	55440
30-39 anos	23643	24046	47689
40-49 anos	20466	22550	43016
50-59 anos	16188	18222	34410
60-69 anos	9256	11498	20754
70-79 anos	5103	6937	12040
80 e + anos	2020	3388	5408
TOTAL	147698	155118	302816

Fonte: Registro estadístico da secretaria de saúde. Uberaba 2012.

1. 7 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE.

Em Uberaba, as taxas de mortalidade infantil nos últimos anos - 2008 a 2012 estão classificadas como baixas, em 2012, foram 10,42 óbitos por 1000 nascidos vivos.

A mortalidade materna situou-se entre 22,03 e 93,85 óbitos por 100 mil nascidos vivos para o município de Uberaba. (MINISTERIO DE SAUDE. SECRETARIA DE ATENCAO BASICA DE SAUDE. DEPARTAMENTO DE ATENCAO BASICA DE SAUDE. MG, 2011).

O 48,2% das notificações por Doenças Transmissíveis no ano de 2012 foram referentes à Varicela, seguidas das notificações por AIDS, 10,55%.

As doenças crônicas não transmissíveis mais comuns são Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus de Adulto e, conforme os dados do SISHIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Básica) Uberaba tem 11 749 diabéticos cadastrados e 33 122 hipertensos cadastrados. (HIPERDIA, 2015).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação das equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, e objetivo da Estratégia da Saúde da Família seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e programar o modelo assistencial tomando como requisitos a organização de ações e serviços com o conhecimento do território e as necessidades básicas da população adscrita. O trabalho em Equipe é uma forma de consolidar a mudança do modelo onde todos os profissionais passam a ter responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários e todos se implicam com a condução de ações desde o diagnóstico até a resolução, sem perder seus núcleos de conhecimentos, sua atuação organiza-se para receber, ouvir, resolver e encaminhar a os usuários o que se traduzem em mais eficiência, eficácia e resolubilidade de os serviços das UBS. (MINISTERIO DE SAUDE, 2012).

A Unidade Básica de Saúde da Família: Jacob José Pinto encontra-se localizada na Avenida Doutor Jose Maria dos Reis, No. 640, no Barrio Cassio Resende, de fácil aceso, **estruturada e conduzida** pela Prefeitura Municipal de Uberaba, vinculada ao

Sistema Único de Saúde (SUS), e construída e inaugurada em 4 de novembro de 1993, sendo reformada em 2004, concebida para prestar serviços na atenção básica de saúde a toda a população, nas diferentes etapas de seu desenvolvimento biológico, no **Bairro Cassio** Resende, parte do **Bairro** Estados Unidos e Conjunto Guanabara, **Josa** Bernardino 1 e 2 e Amoroso Costa, através de duas equipes de saúde: **Cassio** Resende e Amoroso Costa. (Dados armazenados na Sala de Arquivos Médicos(SAME) da UBS).

O espaço físico da Unidade é inadequado e insuficiente considerando-se que nela atuam duas ESF, e muito antiga, a área da recepção é pequena pelo qual nos horários picos de atendimento cria-se tumulto, não existem locais suficientes para as consultas, não existe sala de curativos, não temos sala para reuniões, as duas equipes compartilham um mesmo local de trabalho mais existe um projeto de ampliação da UBS uma vez que há uma área disponível a ser utilizada, **além** os inconvenientes a Unidade continua trabalhando com o Conselho de Saúde e as organizações parceiras no território da Equipe para garantir melhor atendimento.

A Equipe da Saúde da Família (ESF) Cassio Resende tem uma área de abrangência de 2 535 pessoas, com 839 famílias cadastradas divididas em Oito micros áreas, seis estão cobertas pelos Ativistas Comunitários de Saúde, envolvidos atualmente em um processo de reorganização territorial, o que permite conhecer as qualidades de vida da população adscrita, seu quadro sanitário, identificar os fatores de risco e vulnerabilidade aos que está exposta a população e através de o planejamento desenvolver ações para recuperação ou reabilitação da saúde, priorizando a equipe as visitas domiciliares e o atendimento diferenciado a muitos pacientes que requerem ações de manutenção familiar e cuidados específicos no âmbito familiar: acamados, idosos e pacientes com condições especiais. **(MAPA VIVO UBS, 2012).**

Compartilhamos o trabalho uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal e uma psicóloga. São desenvolvidas ações planejadas que garantem o atendimento a demanda espontânea, o acolhimento e cuidado dos casos agudos e de urgências, sem como a realização de procedimentos e o atendimento a demanda programada e aos grupos de risco. Como parte de os programas de Educação Permanente na instituição, existem grupos criados para o atendimento às doenças crônicas como

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, conhecidos como grupos de HIPERDIA, e projetos para dar cobertura a Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher (Prevenção de câncer de colo de útero através da coleta de Papanicolau, e prevenção de câncer de mama através de solicitude de mamografia) e Controle pré-natal, atenção as Crianças (Triagem neonatal, consultas de Pediatria), Saúde Bucal e atendimento com Psicologista.

A área possui um bom saneamento básico com cobertura total na rede de esgoto e coleta de lixo. As moradas em sua maior parte têm boa infraestrutura. A área tem uma creche publica uma escola estadual e dois particulares, igrejas, centro de umbanda, clínica de estética, praças com parques e um museu de Arte Moderna e Contemporânea, fabrica de botinas e bolas e bares e restaurantes. A maioria da população já idosa e fundadora do **Bairro** o nível educacional e muito baixo, trabalham pelo salário **m**ínimo, ou em negócios particulares, a maioria das mulheres são diaristas ou empregadas domésticas (DIAGNOSTICO DE SAUDE DA EQUIPE, 2014).

2, JUSTIFICATIVA.

De acordo com o sistema de Informações sobre mortalidade do Ministério de Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no Brasil, representando cerca de 31,25% dos óbitos em todas as regiões do país, a frente das neoplasias, responsáveis por 16,75% (BRASIL, 2012).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clinicam multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, frequentemente associada a alterações de órgãos alvos o que aumenta o risco cardiovascular, é a mais comum das condições que atinge aos indivíduos adultos em as populações em qualquer parte do mundo, representa per se mesma uma doença, sem como um fator de risco importante para outras doenças, como a Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, Acidente Cérebro Vascular, Insuficiência Renal além atingir a vasculatura periférica e a retina (CAMPOS, 2010).

A HAS é considerada um dos principais problemas de saúde publica devido à alta prevalência e a relação linear e continua do aumento dos níveis de pressão arterial (PA) com a elevação do risco cardiovascular individual e o aumento da mortalidade por doença cardiovascular (DCV). De acordo com Nobre et al. (2010) as DCV são a principal causa de morte atualmente no Brasil e também responsáveis por elevados custos médicos e socioeconômicos.(FLACK,J.M.,2002).

Segundo dados do Ministério de Saúde (MS) cerca de 30 milhões de brasileiros têm HAS e outros 12 milhões, mas, não sabem que sofrem a doença. A proporção de brasileiros com diagnostico de HAS passou de 21,6% em 2006 para 23,35% em 2010 acometendo mais a mulheres que os homens (20,7%), cerca de 50% da população acima de 55 anos tem HAS. (MINISTERIO DE SAUDE, BRASIL, 2013).

A prevalência estimada de HAS em Minas Gerais e de 20% na população maior o igual de 20 anos de idade (MINAS GERAIS, 2006 apud MEIRELES et al.,2013).

Em nossa área de abrangência de 2 535 habitantes, registram-se 670 pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) o que representa o 29,5% da população adulta, mais estamos considerando só os dados registrados na população cadastrada no SUS o que significa um sob Registro. O comportamento esta por acima de a incidência estimada na população adulta no Brasil que e de 25%. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO ARTERIAL, 2013).

Identificamos como principais problemas de saúde em o diagnostico situacional da equipe:

- Alta incidência de pacientes, em idade adulta, com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Alta incidência de pacientes que sofrem Diabetes Mellitus, um total de 193, para 8,37%.
- Comorbidade existente (apresentação e associação de essas doenças e suas complicações no mesmo individuoam).

Registram-se, como principais causas de óbito:

1. Doenças do Aparelho Circulatório (Hipertensão Arterial Sistêmica, Cardiopatia isquêmica, Infarto Miocárdio Agudo, Acidente Vascular Encefálico).
2. Diabetes Mellitus e suas complicações.
3. Neoplasias (tumores malignos).
4. Transtornos de personalidade descompensados (Neurose depressiva e Transtorno Bipolar)
5. Causas externas de Morbidade e de Mortalidade.

Estes dados foram obtidos dos prontuários médicos da ESF, arquivados na Sala de Arquivos Médicos (SAME) na UBS Jacob José Pinto além da avaliação do Mapa Vivo da Unidade Básica de Saúde que foi motivo do Estagio Supervisionado em Saúde Coletiva nos 2012.

Essa morbimortalidade está condicionada por:

- A incapacidade da população da área de abrangência, para identificar os fatores de risco psicológicos, biológicos, físicos, sociais, culturais e econômicos que condicionam o processo saúde-doença.
- Não responsabilização da família e a comunidade com os problemas identificados.
- A falta de metodologia efetiva nos programas de Educação para Saúde para envolver a população em ações de promoção, prevenção e reabilitação de saúde.

Como consequência a população com risco posterga o momento de atendimento o que condiciona episódios agudos, agravos e complicações.

É imprescindível mudar essa lógica evitando os resultados desastrosos quando só atuamos sobre as condições já estabelecidas em momentos das condições clínicas

exuberantes, **percebidas** pelos pacientes desconhecendo as determinantes sociais os fatores de riscos, e além de responder aos momentos de **agravos** das condições crônicas fazer um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe na Atenção Primária de Saúde (APS) e com o apoio dos níveis de atenção secundária e terciária da rede, atuar equilibradamente sobre as determinantes, sobre os riscos, sobre as doenças(LESSA,2001).

Nobre et al. (2010) apontam que os fatores de risco para HAS são:idade,gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, de álcool, o sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética.Muraro et al. (2013) afirmam que existe relação de causa efeito entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que em nível individual dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras esta relacionada com o aumento dos níveis de PA. Segundo Moreira et al. (2013),a HAS associou-se a obesidade e linearmente a circunferência abdominal, o que evidencia a relevância do excesso de peso como fator de risco associado a HAS .

Tendo como referencia as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, dos 2010, identificamos que as situações precursoras da HAS em nossa comunidade condicionam um Projeto de Intervenção sobre fatores de risco modificáveis que contribuem para o risco cardiovascular como o Tabagismo relacionado com o 25% dos Infartos agudos do Miocárdio, condicionando Doença Arteriosclerótica e um dos três fatores principais para a Doença Arterial Coronária junto com HAS e distúrbios de colesterol, e fatores modificáveis que condicionam o aumento da pressão arterial como o consumo exagerado de sal, gorduras, álcool, Café (CAMPOS, 2010) e os estilos de vida inadequados relacionando maus hábitos de vida familiar com condições que geram estresse mantido como o desemprego, alcoolismo, uso de drogas e violência domestica , indicando todas as ações importantes para a prevenção, controle e diminuição das complicações, por exemplo:

- o controle de peso corporal, diminuindo a obesidade.
- acrescentar a atividade física.
- reduzir o consumo de álcool a níveis não daninhos.

- eliminar o tabagismo.
- reduzir a ingestão de sal e gorduras.
- reduzir o estresse.

3.OBJETIVOS.

OBJETIVO GERAL:

1- Elaborar um projeto de intervenção para elevar o nível de informação da população hipertensa, adscrita na área de abrangência da equipe de saúde Cassio Resende, sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Identificar fatores de risco de HAS.

2- Desenvolver atividades educativas com a população de risco, fortalecendo o trabalho com os Grupos de Educação Permanente (grupos de intervenção ou grupos de encontro vivencial) para aumentar seus conhecimentos sobre suas condições de saúde.

3-Fortalecer os grupos de HIPERDIA privilegiando a participação coletiva e multidisciplinar e o intercâmbio de saberes e experiências com o objeto de possibilitar o processo de mudança.

4- Facilitar o processo de comunicação com as famílias da área de abrangência (através das intervenções educativas que incluem as conselheiras, orientação familiar, e dinâmica familiar) para ajudar a identificar suas necessidades em matéria de saúde e sugerir alternativas de solução.

4.METODOLOGÍA.

O processo do trabalho concretizando os princípios do SUS como Integralidade e Equidade, sinalando os principais problemas na área de abrangência, e priorizando

um nós críticos, foi muito importante para elaborar o Diagnostico de Saúde. Permitiu desenhar estratégias para modificar os riscos identificados no diagnostico situacional, através do Planejamento Estratégico Situacional e elaborar o Projeto de Intervenção.

Serão realizados ainda os seguintes passos, conforme Campos (2010):

- Desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e os resultados, recursos necessários para a concretização das operações).
- Identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores a traves de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição).
- Elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução), definir o modelo de gestão do plano de ação.

Nesta revisão fazemos referência a os trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, e na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, do Ministério da Saúde além de os arquivos da ESF na Unidade Básica de Saúde e de dados obtidos pela comunicação pessoal ao decorrer da investigação.

5.REVISAO CONCEITUAL E OPERACIONAL.

Em nossa Revisão Bibliográfica encontramos trabalhos que tomamos como referencia: Efetividade de Intervenção Educativa no Controle da Hipertensão Arterial em grupos de hipertensos do USF Bate PE. 2014. Da Dra. Magalys Mendes Berrio ela plante-a que a ação comunitária proposta com enfoque de participação - ação foi realizada em três fases: análise da situação, avaliação e intervenção. A pesquisa foi realizada a partir do cadastramento dos pacientes Hipertensos, levando-se em consideração àqueles indivíduos que apresentam inadequado controle dos níveis pressóricos, realizou a intervenção por meio de oficinas temáticas, a pressão arterial foi avaliada ao inicio e final do estudo este revelou que ao início da intervenção, 68,3% dos pacientes tinham nível de pressão sanguínea elevada, no final do estudo 76,7% dos pacientes haviam normalizado a pressão arterial, melhoria observada nos índices de controle da pressão arterial em todos os pacientes que receberam a intervenção educativa.

Reveremos também o trabalho: Projeto de Intervenção sobre Baixo nível de conhecimento dos pacientes Hipertensos sobre sua doença, da USF Lagoa Das Flores II do Município Vitoria da Conquista, do Estado Bahia, de Madiel Cobas Matos quem descreve a hipertensão arterial como uma doença crônica, que atinge grande parte da população e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas.

Estando a HAS sujeita a influencia de vários fatores de risco, os quais podem desencadear esta patologia ou intensifica-la, e outorgando significativa importância em seu controle as orientações profissionais que recebem os usuários (ACHUTTI, 1997).

Esse estudo objetivou promover ações educativas em saúde aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial adscritos a USF no período Janeiro a Julho 2014. Aproximadamente (70%) dos pacientes não tinham conhecimento sobre a definição de Hipertensão Arterial e, quando afirmaram conhecer, não assinalou de maneira correta o significado da doença. Foi constatado que o baixo nível de conhecimento dos pacientes hipertensos esta relacionado principalmente a o baixo nível de escolaridade e a falta de ações educativas o que eleva as internações e agravos da doença e morte, evidenciando a importância das ações de educação em saúde com pacientes portadores de hipertensão arterial.

A Dra. Gladys Nogueira Siveiro, em seu trabalho Hipertensão Arterial: análise do conhecimento da população e plano de intervenção em uma Unidade de Saúde do Município de Salvador Bahia, no período novembro-abril de 2014, diz que a frequência de emergência hipertensiva aumentou com a idade, com predominância no sexo feminino. Os fatores de risco que mais afetam foram tabagismo, obesidade, hipercolesterolêmica. A Intervenção educativa foi bem-sucedida para o conhecimento sobre os fatores do risco de hipertensão arterial e a realização de uma melhor qualidade de vida da população estudada.

Encontramos opiniões coincidentes referentes aos fatores de risco da Hipertensão Arterial associada à hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, ingestão elevada de sal e obesidade. O sucesso no seu tratamento inclui, além da utilização correta do medicamento, a mudança dos hábitos de vida referentes aos fatores citados. Por ser a hipertensão arterial uma doença multifatorial, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de intervenção, em particular, aquelas de educação em saúde, envolvem uma ótica ampla, na qual devem ser considerados aspectos individuais e coletivos (ARAÚJO, 1999). A educação em saúde tem contribuído significativamente para a prevenção e controle de doenças nos últimos 20 anos, principalmente quando se relaciona com os custos para a saúde, os quais podem ser reduzidos por meio dessa estratégia.

PLANO OPERATIVO DO PROJETO DE INTERVENCAO.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável
<p>Educando a população.</p> <p>Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre a HAS.</p>	<p>Pacientes com mais conhecimentos sobre suas condições de vida e saúde, capaz de identificar os fatores de risco da doença.</p> <p>Pacientes que amostram adesão ao tratamento e evitam complicações.</p>	<p>Avaliação do nível de informação dos pacientes.</p> <p>Divulgação nos meios de comunicação locais.</p>	<p>Melhorar o trabalho com grupos.</p>	<p>Equipe de saúde.</p>
<p>Intervenção Familiar.</p> <p>Aumentar a oferta de Empregos e eliminar a violência.</p>	<p>Diminuir o desemprego e todas as manifestações de violência social e familiar.</p> <p>Possibilitar avaliar a família como funcional.</p>	<p>Programa de geração de emprego.</p> <p>Programa fim da violência.</p>	<p>Apresentar os projetos.</p> <p>Apoio das associações.</p>	<p>Equipe de saúde</p>
<p>Comunidade</p>	<p>Diminuir o</p>	<p>Grupos</p>	<p>Conceber</p>	<p>Equipe de</p>

<p>mais saudável. Modificar estilos de vida inadequados.</p>	<p>consumo de sal, gorduras, café e tabaco. Reduzir os fatores de risco cardiovascular. Reduzir a incidência da HAS. Diminuir a comorbidade.</p>	<p>operativos para o enfrentamento ao problema.</p>	<p>trabalho com Grupos como espaço propicia para a toma de consciência e responsabilidade da população em geral com seus problemas de saúde.</p>	<p>saúde</p>

No projeto a operatividade esta relacionada com o processo de mudanças da operação de transformação da realidade.

Um dos objetivos propostos e a implementação de um projeto intervencionista educativo que traga benefícios à dinâmica da ESF e comunidade como um todo no manejo da HAS, considerando que a Educação em Saúde tem contribuído significativamente para a prevenção e controle da doença, sua proposta e fornecer conhecimento com a finalidade de estimular a população de risco e pacientes hipertensos para efetivar mudanças em seu comportamento (Zernike, 1998). Diversas publicações têm reportado em diferentes países, a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial e/ou diabetes. (AMBROSSIO, 1988) (GRUESSER, 1996) (GONZALEZ, 1997).

Neste trabalho a intervenção educativa foi focalizada para a identificação e o conhecimento dos fatores de riscos para HAS, a orientação sobre a doença, suas complicações e a conduta que deve ser tomada.

Identificamos na UBS, um total de 1207 pacientes cadastrados no HIPERDIA, destes 670 estão inseridos na área de abrangência da ESF Cassio Resende, sendo mulheres 470 o 70,1 % e homens 200 para um 29,8% comportamento muito semelhante ao descrito na literatura revisada.

Encontramos autores como Roese et al. (2011) que sinalam que além os municípios que possuem a estratégia de saúde da família fizeram o cadastramento e o acompanhamento à população adscrita com HAS o numero de usuários acompanhado, em general, e menor que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou a procura só em momentos de agudização da doença. Raramente encontraremos usuários requisitando praticas educacionais e atividades para a mudança de comportamentos, ou a modificação do padrão de suas relações sociais e profissionais, em função de impactos esperados em sua saúde (PEREIRA, NESCOM, UFMG) o comportamento em nosso estudo não foi diferente, a maioria das necessidades apresentadas pelos pacientes aos profissionais da equipe, compõe o que chamamos demanda espontânea por intercorrências, e muitos condicionavam a participação nos grupos operativos só a troca de receitas.

A composição demográfica da população da área de abrangência maioritariamente idosa onde o numero de hipertensos e alto justificou a realização de dois grupos semanais de HIPERDIA para atender a demanda, organizando na quarta feria um grupo para hipertensos e nas sextas o grupo de diabéticos, embora pela comorbidade amostrada o enfoque educativo não foi diferente. Durante quatro meses, desde abril ate julho do ano 2015, foram realizados dois encontros cada semana com os grupos operativos ou chamados de encontro vivencial organizados com ate 18 pacientes cada vez. Todos os profissionais da equipe multiprofissional participaram na educação em saúde considerando-a como uma estratégia de reflexão e transformação do processo de trabalho e propondo utilizar os Grupos Operativos como um espaço propicia para a tomada de consciência e responsabilidade da população e comunidade em geral com os seus problemas de saúde, preparando as para o autocuidado no manejo de HAS e outras doenças crônicas associadas, assim foi garantido o atendimento coletivo e individual aos pacientes com participação regular nos grupos operativos, e fornecido os medicamentos indicando os exames necessários para avaliar o estágio da HAS e

sua evolução. A atuação com equipe multiprofissional também se verifica em outros trabalhos realizados (SANTOS e BARACHO, 1995) (MAIA e ARAUJO, 2002).

Em nossa intervenção evitamos a abordagem que consideram o processo educativo só como à transmissão de conhecimentos, quem supostamente sabe assume funções de aconselhar, correger, vigiar a quem deve aprender com a expectativa de que o outro mude seu comportamento em função do que foi ensinado, o principal foco foi à educação popular, tentamos procurar primeiro conhecer o que o paciente já sabe sobre o seu problema e sobre sua realidade, outorgando autonomia e permitindo interatuar em um processo contínuo de ensino e aprendizado.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO.

-Atividade 1: Motivação e conferencia interativa.

Esta reunião é realizada primeira com todos os integrantes da equipe multiprofissional, médico, enfermeira, técnica de enfermagem, odontologista e os ativistas comunitários de saúde, estabelecendo-se a organização ou estrutura de funcionamento da equipe, para insistir em a importância de manter a equipe dentro de um propósito único, definindo metas e objetivos do projeto, para proporcionar um marco adequado do trabalho às ações prioritizadas e após, já definido o plano, realiza-se com o grupo operativo interagindo com a equipe.

Consideramos como:

1-METAS: declaração ampla que descreve as mudanças que devemos ter como sucesso. É provável que necessitemos mais de uma meta mais cada meta deve focalizar-se só para uma mudança e a sua vez varias estratégias para atingi-la. Por exemplo, é nossa meta:

Diminuir o consumo de sal, gorduras, café e tabaco. Mais elas estão focalizadas para a mudança de maus hábitos alimentares que constituem fatores de risco cardiovascular e uma das estratégias a desenvolver será capacitar aos 100% dos integrantes da equipe de trabalho em a temática de Fatores de risco relacionados com Hipertensão Arterial e outra das estratégias e desenvolver o plano de ação para:

Reduzir os fatores de risco cardiovascular.

Reduzir a incidência da HAS.

Diminuir a comorbidade por essa doença.

2-OBJETIVOS: a declaração específica e avaliável das mudanças desejadas para alcançar em um tempo determinado. Neste estudo não inserimos uma medida, numero ou porcentagem a alcançar. Por exemplo, são definidos como objetivos:

- Identificar fatores de risco de HAS.

-Aumentar o nível de conhecimentos da população hipertensa, sobre suas condições de saúde, a traves das praticas educativas com a população de risco, fortalecendo o trabalho com os Grupos de Educação Permanente.

-Atividade 2:

Desenvolvimento do plano de ação.

No espaço de HIPERDIA fizemos palestras com temáticas já definidas pela equipe que confeccionou um banco de temas e de problemas relacionados ao mau controle da Hipertensão Arterial, segundo a experiência de trabalho da equipe e o análises de seus resultados com o trabalho com grupos e em resposta a nossos objetivos, as conferencias foram enriquecidas através da chuva de ideias que aportam os pacientes, suas preocupações e experiências vivenciais, permitindo a comunicação com o uso de uma linguagem claro e com o intuito de condicionar mudanças comportamentais e responsabilizar aos pacientes com seu processo saúde-doença.

Foram identificadas as atividades necessárias para alcançar os objetivos, enunciadas às ações e designada a responsabilidade aos membros da equipe com um cronograma a cumprir que fosse analisado na reunião mensal da equipe. (esta descrita no quadro do Plano Operativo).

-Atividade 3:

Avaliação ou retroalimentação de cada atividade realizada: ficar atento de cada critério exposto lembre-se que cada argumento é o resultado do processo de captação do conhecimento permitindo esclarecerem duvidam. Foram aplicadas diferentes técnicas educativas e de participação, por exemplo:

1-Após refletir sobre os aspectos que impactam a adesão ao tratamento para HAS divide-se o grupo em dois, solicita se a um grupo se prepare para discutir entre eles sobre as instruções recebidas e suas próprias experiências, após discutiram sua experiência com todo o grupo, motivando-os a expressar-se e processando a informação:

-Quais são os problemas identificados.

-Realidade do tratamento na comunidade.

-Quais fatores condicionam a não adesão ao tratamento.

- Que faz difícil conscientizar a HAS como doença crônica.
- Como pode avaliar-se a disposição e responsabilização com o tratamento.
- Que necessitam os pacientes pela parte medica.
- Que espera o medico de seu paciente.
- Qual e o parecer da atividade.
- Como avaliam esta atividade.
- Que aprendemos desta atividade.

2-Depois de refletir sobre a necessidade de mudar maus hábitos alimentares avaliando o aporte calórico de aqueles alimentos que colocamos em nossa mesa, apresenta se como elaborar uma salada misturando com as cores também o aporte vitamínico, as frutas e verduras foram agrupados por cores verdes, laranja, amarelos, vermelhos, etc., segundo o aporte vitamínico. Dividimos o grupo em dois e solicitamos a cada um fazer sua receita usando verduras e frutas de mostra, aquela que se aproxime mais as necessidades exposta, ganha a cesta de verduras e frutas.

3- Após refletir sobre fatores de risco para HAS confecciona-se um ramo de bombas de diferentes cores, cada bomba tem uma pergunta que faz refletir sobre o tema apresentado e cada cor tem uma pontuação, a complexidade da pergunta estará relacionada ao valor daquela bomba, divide se o grupo em duas equipes e cada participante escolhe uma bomba com a cor de sua preferencia que a sua vez tem uma pontuação, após furar a bomba, deve responder, se não acerta passa a oportunidade para outra equipe, aqueles que mais pontos acumulam ganham. Esta atividade tem um moderador que e também um integrante do grupo. Os pontos acumulados oferecem vantagem para que essa equipe inicie o debate no seguinte encontro.

Tentamos explicar as técnicas mais aplicadas para um conhecimento geral mais não e objetivo deste trabalho detalhar toda intervenção de caráter educativo, pois seria muito extenso e perderia a focalização.

-Atividade 4:

Questionário aplicado aos grupos de encontro vivencial:

Com o intuito de ter retroalimentação sobre as técnicas educativas para avaliar o nível de conhecimento da população sobre a doença e sua capacidade para lidar com o problema sem como para avaliar o desempenho dos facilitadores e os resultados finais das atividades a todos os pacientes participantes neste estudo foram aplicados questionários antes de realizar a intervenção educativa e após os quais são apresentados na seção do Apêndice e os resultados apresentados baseasse em seu análises.

Devemos ressaltar que nosso plano de ação na intervenção familiar de acordo com as necessidades e possibilidades reais da equipe foi alterado, considerando que os objetivos propostos anteriormente foram muito abarcadores e sua efetividade não dependia só das ações responsabilizadas da equipe. No presente trabalho a intervenção familiar educativa refere se ao processo que permite a família receber informação, produzir conhecimentos sobre determinados temas de saúde e promover a reflexão pretendendo estimular adoptar estilos de vida saudáveis e padrões de relação funcionais e adaptativos as mudanças, foram criados grupos de apoio entre os pacientes e seus familiares.

Consideramos a intervenção familiar terapêutica como o processo que permite aplicação de uma metodologia composta por técnicas e procedimentos para produzir a modificação da disfuncionalidade encontrada. A avaliação integral da saúde familiar significa a consideração dos aspectos determinantes observados em sua inter-relação dinâmica, e a identificação de aqueles mais afetados que permitiriam orientar as ações de saúde a realizar com a família. (LEDA, A.C. 1995).

Observamos que poucos pacientes foram acompanhados, durante as praticas educativas, pelos familiares, muitos deles já idosos **moram sozinhos** ou apenas com o cônjuge também idoso, em outros casos não fosse amostrada a preocupação pelos familiares conviventes para interatuar, mais quedou disponível o espaço das visitas domiciliares para o trabalho com essas famílias além das dificuldades com a disponibilidade da equipe que é limitada. (lembre-se quando apresentamos a equipe relatamos a carência de ativistas comunitários de saúde e o numero das áreas descobertas).

A continuação outros aspectos que ao decorrer deste estudo interferem na prática educativa familiar:

- dificuldade de analisar a situação para definir a melhor estratégia.
- dificuldade para reconhecer qual e a necessidade real do usuário.
- diferenciam de linguagem, cultura e valores dos usuários e dos profissionais.
- falta de experiência e de conhecimento sobre técnicas de negociação.
- não reconhecer adequadamente as relações de poder na família e preciso saber quem tine o poder de decisão na família.

Issos aspectos enunciados também são reconhecidos por Mara Vasconcelos et al.2014 na compilação do texto Praticas educativas e tecnologias para abordagem ao individuo, família e comunidade do Curso de Especialização em Atenção Básica na Saúde da Família.

Além das dificuldades foi valido colocar no plano familiar a questão de como trabalhar com as possíveis causas associadas à hipertensão e como evita-las, tendo como sucesso mudanças em a comunicação, distribuição das responsabilidades, expressões de afeto e outros elementos do funcionamento familiar.

O analises dos resultados dos questionários aplicados à população hipertensa ao inicio do projeto permitiu estabelecer que o 90% dos questionados não tinham conhecimentos da definição de HAS, ao perguntar aos pacientes se sofriam uma doença crônica o 80% dos pacientes negaram ser hipertensos e não reconheceu a HAS como doença crônica, esse mesmo por cento, ao indagar sobre o uso de medicamentos habituais, reconhece que tem em uso medicamentos para o controle da pressão arterial mais o 30% não lembra ou não pode relatar quais medicamentos tem em uso asem como o 88% dos pacientes confundem complicações graves como Infarto de miocárdio, ACV, com fatores de risco. Os fatores de risco relacionados com a HAS mais identificados foram o consumo de sal e gorduras e não fazer atividade física pelos 75% dos pacientes.

Vale a pena ressaltar que após o desenvolvimento das técnicas educativas o nível de conhecimento da população hipertensa sobre HAS, em geral, aumentou o 100% sinalou a HAS como doença crônica e 95% destes identificou a totalidade dos

fatores de risco apresentados no questionário relacionando evitar a ingestão excessiva de sal, embutidos e conserva em geral, realizar atividade física, caminhadas, exercícios e tomar medicamentos para a pressão arterial como condições que evitaram e modificaram o curso ou evolução da HAS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A prevenção da HAS é a medida mais importante, universal e menos cara e deve constituir uma prioridade para as instituições de saúde a população e os governos.

É importante fazer uma adequada percepção do risco que significa sofrer HAS e planejar uma estratégia com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, encaminhadas a diminuir a pressão arterial média da população de risco e da população em geral, e modificar maus hábitos de vida mantendo os programas de Educação Permanente para Saúde, e o trabalho em Grupos Operativos atuando sobre os fatores de riscos identificados fundamentalmente a falta do exercício físico, a obesidade, elevada ingestão de sal e gorduras, o consumo de álcool, o tabagismo, e o estresse apresentado nos indivíduos com má adaptação social. Devemos definir os objetivos, os aspectos temáticos que se devem tratar, previamente detectados em a avaliação da equipe, e a dinâmica apresentada no trabalho com grupos.

Consideramos necessário então fazer uma apropriada avaliação clínica de os pacientes e famílias que se consideram em situação do risco:

- Classificar ao paciente segundo as cifras de HAS.
- Identificar as causas da HAS.
- Avaliar dano de órgãos alvos.
- Definir e avaliar a resposta terapêutica.
- Identificar outros fatores do risco associados, cardiovascular (dislipidemias, intolerância à glicose) e outras doenças crônicas, para o prognóstico e a terapêutica mais adequada.
- Identificar os fatores do risco psicossociais e ambientais incidentes.

Essa avaliação só é possível a través de a coleta de informação no prontuário individual e familiar, de a prática de um exame clínico correto e solicitando os meios diagnósticos necessários.

Após identificar os problemas e definir objetivos de trabalho, e estratégias, corresponde encerrar o compromisso para que os indivíduos atingidos pela doença crônica, uma vez identificada às condições de risco ou problemas de saúde, mostrem-se conscientes e proponham alternativas de solução definindo a intervenção familiar como educativa e terapêutica.

Propomos avaliar as famílias tributárias da intervenção educativa como aquelas que requeiram informações e orientações sobre as características do ciclo de vida evolutivo, as funções da família e como enfrentar os problemas de saúde. Através de a intervenção familiar educativa reforçar as fortalezas das famílias e contribuir a prevenção de comportamentos do risco sem como facilitar a modificação de comportamentos prejudiciais para a saúde.

REFERENCIAS.

ACHUTTI AC, et al. **Aspectos epidemiológicos.** In: Amodeu C, Lima EG, Varquez EC. Hipertensão arterial. São Paulo (SP): Sarvier. p.11-12. 1997.

ARAUJO TL. **Hipertensão arterial - um problema de saúde coletiva e individual.** In: Damasceno MMC, Araújo TL, Fernandes AFC. **Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase.** Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. p. 33-8.1999.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Departamento de AtençãoBásica. **Política Nacional da AtençãoBásica.** Brasília. Ministério de Saúde, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadísticas. IBGE. 2014. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>Acesso em 7 mai.2015.

CAMPOS F. C. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG – **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** 2013.

CARVALHO M.A.P. **O processo de construção compartilhada do conhecimento.** In:_____ **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec. P. 101-114.2001.

FLACK, J.M.
etal. **Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension. Manag ecare interface,** New York, v ,15,n,11,p.28-36,2002.

HIPERDIA. Banco de dados. Disponível em:<<http://hiperdia.datasus.gov.br>>.Acesso em 4 jun. 2015.

LESSA I. **Não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial- consequências econômicas para o individuo e para a sociedade.** In Nobre F. Pierin A.M.G. Mion Jr. **Adesão ao tratamento o grande desafio da Hipertensão.** Sao Paulo, 2001.

MEIRELIS, A. L. et al. **Atenção a saúde de adulto-Conteúdo técnico da linha-guia de Hipertensão arterial sistêmica ,diabetes mellitus e doença renal crônica,** Secretaria de estado de Minas Gerais, Belo Horizonte,3 ed.p.21-97.2013.

MOREIRA, N. F. et al. **Obesidade. Principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. São Paulo, vol. 57, n. 7, Out. 2013.

MORAES, S.A.et. al. **Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, vol. 46, n. 4, Ago. 2012.

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

PEREIRA HORACIO de F.et. al. **O processo de trabalho na atenção básica desauéde.** NESCOM. UFMG.

RAUPP, B. et al. (Org.). **A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC: uma aproximação possível? A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec. p. 207-216.2001.

RIBEIRO AB. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstica e terapêutica.** São Paulo (SP): Atheneu, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2013. Disponível em: <http://www.sbb.org.br-geral-a_campanha.asp>. Acesso em 13 jun.2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO ARTERIAL. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** In: Anais do Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Campos do Jordão (SP); Fev. 2002. São Paulo (SP): SBH.p. 40. 2002.

ZERNIKE WBN, Henderson ABS. **Evaluating the effectiveness of two teching strategies for patients diagnosed with hypertension.** J Clin Nurs 1998.

APENDICE A-

Questionário aplicado aos grupos de encontro vivencial:

1-Como você define a Hipertensão Arterial:

2-Voce sofre alguma doença crónica.

3-Voce temem uso algum medicamento.

4-Voce pensa que a Hipertensão arterial e uma doença:

-----Curável.

-----Nao curável.

-----Perigosa.

-----Que so padecem os adultos.

-----Que nao requiere do acompanhamento.

-----Que e previsível e curável baixo supervisão medica.

5- Das seguintes sustancias que relacionamos a continuação quais você relaciona com a Hipertensão Arterial:

-----Te.

-----Café.

-----Cerveja.

-----Agua.

-----Sucos naturais.

-----Álcool.

-----Chocolate.

6- Quais condições você considera como risco ou condicionante de Hipertensão Arterial:

-----Histórico familiar de diabetes.

-----Histórico familiar de hipertensão arterial e doenças do coração.

-----Tabagismo.

-----Não fazer atividade física.

-----Obesidade (Gordura abdominal).

----- Consumo excessivo de sal e gorduras e embutidos.

-----Comer vegetales, verduras, bajo en sal.

-----Colesterol alto.

-----Triglicérides altos.

----- O desemprego.

-----Preocupações, ansiedade ou estresse.

----- Idade.

5- Das seguintes opções, quais você considera aconselhável para evitar a Hipertensão Arterial:

----- Evitar a ingestão excessiva de álcool e cigarros.

----- Evitar a ingestão excessiva de sal, embutidos e conservas em geral.

----- Realizar atividade física, caminhadas, exercícios.

----- Emagrecer.

----- Tomar medicamentos para a Pressão Arterial.