

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

YUSMILDA ESTRADA ALBA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF CENTRO I NO MUNICÍPIO
CAMPO BELO/MG**

**FORMIGA – MINAS GERAIS
2016**

YUSMILDA ESTRADA ALBA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF CENTRO I NO MUNICIPIO
CAMPO BELO/MG**

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

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

**FORMIGA – MINAS GERAIS
2016**

YUSMILDA ESTRADA ALBA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF CENTRO I NO MUNICIPIO
CAMPO BELO/MG**

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

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

**FORMIGA – MINAS GERAIS
2016**

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês de dezembro de 2014, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro I do município Campo Belo- MG tinha em sua área de abrangência 2761 pessoas assistidas e, de acordo com os dados estatísticos teria 589 hipertensos acompanhados. O projeto de intervenção tem como objetivo propor um plano de intervenção para diminuir a incidência de hipertensos na comunidade. Para o desenvolvimento desse projeto foi utilizado o método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional (PES), realizada reunião com equipe e uma revisão de literatura sobre o tema, utilizando as bases de dados Scielo, Lilacs e Medline, considerando publicações entre 2000 e 2015. Conclui-se que com a identificação dos problemas e dos “nós críticos” foi possível criar um plano de ação, com o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano e elaboração do plano operativo, visando o enfrentamento do problema. Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias. É necessário o envolvimento e empenho da equipe de saúde para incentivar à comunidade e a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais, para a realização das ações conjuntas.

Palavras- chaves: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Pressão arterial. Intervenção.

ABSTRACT

Hypertension (SAH) is a serious public health problem in Brazil and in the world. She is one of the most important risk factors for developing cardiovascular disease, cerebrovascular disease and kidney. According to the Information System of the basic attention (SIAB), in the month of December 2014, the family health Strategy (FHS) Center I the municipality Campo Belo, Minas Gerais, had in their service area 2761 people attended and, according to the statistical data would have hypertensive 589 accompanied. The intervention project aims to propose a plan of intervention to reduce the incidence of hypertensive patients in the community. For the development of this project was used the simplified method of Situational strategic planning – PES, held meeting with staff and a review of literature on the topic, using the databases Scielo, Lilacs and Medline, considering publications 2000 and 2015. It is concluded that with the identification of problems and "we critics" could create a plan of action, with the design of operations, identification of critical resources, review the feasibility of the plan and operating plan, aimed at tackling the problem. To reduce the rate of deterioration of the problem it is necessary to take knowledge to patients and their families. It is necessary the involvement and commitment of the health team to encourage the community and the articulation of strategies and different social sectors, with a view to the implementation of joint actions.

Key-words: Family Health Strategy. Hypertension. Blood pressure. Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS- Centro de Apoio Psicossocial

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PIB- Produto Interno Bruto

PSF- Programa Saúde da Família

SCIELO -*Scientific Electronic Library on Line*

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD- Tratamento fora do domicilio

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO-----	08
	1.1.1 Diagnóstico situacional	
	1.1.2 Identificação dos problemas	
	1.1.3 Priorização dos problemas	
	1.1.4 Descrição do problema selecionado	
	1.1.5 Identificação dos “nós críticos” do problema priorizado	
2	JUSTIFICATIVA-----	20
3	OBJETIVOS -----	21
	3.1 Objetivo geral	
	3.2 objetivos específicos	
4	METODOLOGIA-----	22
5	REFERENCIAL TEORICO-----	23
6	PLANO DE AÇÃO-----	25
	6.1 Desenho das operações	
	6.2 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações	
	6.3 Propostas de Ações para a Motivação dos Atores	
	6.4 Proposta de intervenção	
	6.5 Gestão do plano	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	32
	REFERENCIAS-----	34

1 INTRODUÇÃO

Para iniciar este trabalho farei apresentação do município e da área de abrangência, onde será aplicado o projeto de intervenção.

O município de Campo Belo foi fundado no dia 28 de setembro de 1879 há 135 anos. Localiza-se a uma altitude de 945 metros e tem uma área de 526,753 km². De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2010, sua população é de 51.509 habitantes, densidade demográfica: 97,79 hab/km². Está situada no entroncamento entre duas rodovias federais (BR-354 e BR-369), estando a 30 quilômetros da Rodovia Fernão Dias. Tem uma área total = 531,3 km² com uma área Urbana = 25,4 km² e uma área rural = 509,9 km². O numero aproximado de domicílios e de famílias do município é de 12886.

Figura 1: Rodovia que dá entrada a Campo Belo



Fonte: Wikipédia (2011).

Figura 2: Rua Floriano Peixoto



Fonte: Wikipédia (2011).

Campo Belo apresenta uma temperatura média de 20,5 °C e um índice pluviométrico anual médio de 1406 mm. Ao longo do ano o valor médio da precipitação oscila entre 14 mm em agosto e 271 mm em dezembro. A temperatura, por sua vez, varia de 9,9 °C em junho a 28,8 °C em janeiro.

Quadro 01: Aspectos geográficos e Indicadores

Características geográficas	
<u>Área</u>	526,753 <u>km²</u> ³
<u>População</u>	51 509 <u>hab.</u> <u>IBGE/2010</u> ⁴
<u>Densidade</u>	97,79 <u>hab./km²</u>
<u>Altitude</u>	945 <u>m</u>
<u>Clima</u>	<u>tropical de altitude Cwa</u>
<u>Fuso horário</u>	<u>UTC-3</u>
Indicadores	
<u>IDH-M</u>	0,776 <u>alto</u> <u>PNUD/2000</u> ⁵
<u>PIB</u>	<u>R\$ 423 996,616 mil</u> <u>IBGE/2008</u> ⁶
<u>PIB per capita</u>	<u>R\$ 7 957,89</u> <u>IBGE/2008</u> ⁶

Fonte: Wikipédia (2011).

O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,776 alto. O município conta com uma renda Média Familiar de 0,690, a porcentagem de Abastecimento de Água Tratada é de 97,13% e a porcentagem de recolhimento de esgoto por rede pública de 96,87%.

A economia é variada, Campo Belo vem se destacando nos últimos anos como um polo de indústrias têxteis, contando com várias empresas deste setor. Na agricultura destacam-se café, milho, feijão e o arroz, na pecuária praticamente todos os produtos derivados do gado tem grande expressão tais como o leite (laticínios), carne (frigoríficos) e couro (curtumes). A indústria de base e o ramo da mineração são outros segmentos de destaque sendo que este último deve-se à presença de granitos, argilas e calcário. A indústria cerâmica também tem presença importante na economia. O setor de serviços é bastante diversificado, com grandes lojas, redes

de eletrodomésticos, panificadoras, colégios e faculdades. Maiores informações podem ser encontradas nas páginas da prefeitura do município.

Tabela 1: Aspectos Demográficos 1

Município: Campo Belo									
Total da população: 49.378									
No de indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60 e+	Total
Área Urbana	341	2155	2788	3175	3593	14821	12651	8213	47737
Área Rural	13	67	119	129	137	538	635	435	2073
Total	354	2222	2907	3304	3730	15359	13286	8648	49810

Fonte: SIAB (2014).

A taxa de Crescimento Anual é de 0,91, a densidade demográfica de 91,96%. A taxa de Escolarização é de 85.50% e a taxa de Alfabetizados dum 95.21%. O percentual de moradores abaixo da linha de pobreza é de 1.53. O índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil População (%) usuária da assistência à saúde no SUS é de 95.86%.

O Conselho Municipal de Saúde é paritário, tem uma periodicidade de reuniões mensais, onde são levados e discutidos todos os problemas da população, assim como os principais investimentos em função de elevar o bem-estar e a saúde da população. Ele esta composto por 50% da população e outro 50 % por funcionários, prefeitura e câmara de governo, prestadores de saúde, profissionais de saúde e usuários. O fundo Municipal de Saúde 2015 total conta com R\$4.975.613.53. A continuação mostra-se o orçamento destinado á saúde.

QUADRO 2: Orçamento destinado à saúde

Tipo: Fundo a Fundo Ano: 2015

UF/Município: MG/CAMPO BELO Código IBGE: 311120 População: 53.870 Habitantes Ano Censo: 2014

Entidade: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - CAMPO BELO-MG CPF/CNPJ: 10.582.086/0001-61

Prefeito(a): MARCO TULIO LOPES MIGUEL Data Inicial Gestão: 01/01/2013

Secretário(a):

Endereço Secretaria:

Presidente Conselho: NIVALDO DE ALELUIA MACHADO

Endereço Conselho: - Rua - Expedicionário Boavidir Massote - 520 - Centro - 37270000

Secretarias Municipais atualizem suas informações cadastrais aqui



Bloco	Componente	Ação/Serviço/Estratégia	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA	45.605,06	0,00	45.605,06
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	340.704,00	0,00	340.704,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	180.000,00	0,00	180.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	PAB FIXO	337.350,00	0,00	337.350,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ (RAB-PMAQ-SM)	180.000,00	0,00	180.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	SAÚDE BUCAL - SB	107.040,00	0,00	107.040,00
ATENÇÃO BÁSICA	PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	SAÚDE DA FAMÍLIA - SF	288.510,00	0,00	288.510,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - MUNICIPAL	26.400,00	0,00	26.400,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC	FAEC SIA - MAMOGRAFIA PARA RASTREAMENTO (RCA-RCAN PO 0008)	11.880,00	0,00	11.880,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC	FAEC SIA - NEFROLOGIA	794.287,77	0,00	794.287,77
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	TETO MUNICIPAL DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	1.592.241,05	3.488,00	1.589.625,05
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	TETO MUNICIPAL LIMITE UPB - PO 00098585	702.780,00	0,00	702.780,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	TETO MUNICIPAL REDE BRASIL SEM MISERIA (BSOR-SM)	36.000,00	0,00	36.000,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	TETO MUNICIPAL REDE DE URGÊNCIA (RAU-HOSP)	151.732,03	0,00	151.732,03
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITALAR - MAC	TETO MUNICIPAL REDE SAÚDE MENTAL (RSME)	107.252,97	0,00	107.252,97
Total Geral:			4.975.613,53	3.488,00	4.972.997,53

Fonte: FFNS/MS (2015)

A rede de saúde da Atenção Básica conta com 17 Equipes da Estratégia Saúde da Família, 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), varias Farmácias Populares, 1 Unidade de Pronto Atendimento. Na Saúde Bucal também tem cobertura total na área urbana com 16 dentistas e 16 auxiliares bucais, tem 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com

7 dentistas e 7 auxiliares bucais com as especialidades de Maxilo Bucal Facial, Ortodontia, conta também com equipe para a realização de raio x.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ocorreu o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, com a implantação de 03 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dando apoio as Equipes de Saúde da Família.

Atualmente a estratégia do município apresenta 17 equipes, 16 na zona urbana e 01 equipe na zona rural. O município aderiu à estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde como estratégia inicial para organização do território, cadastro das famílias, adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde. De forma que a implantação da Estratégia Saúde da Família seja facilitada. Portanto atualmente há 17 equipes de Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), sendo 16 urbanas e 1 rurais.

As equipes da Estratégia Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário) e um zelador. Vale reiterar a experiência positiva dos NASFs, que traz a inserção de alguns dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, médicos ginecologista e pediatra, nutricionista, farmacêutico, educador físico.

Tabela 2: Cobertura Populacional para número de ESF

ESF EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	DEZ/2002	DEZ/2010	DEZ/2011	DEZ/2012	DEZ/2013	DEZ/2014

Cobertura Populacional	76,33%	90,65%	93,71%	100,00%	100,00%	100,00%
Número de equipes de saúde família	11	14	14	16	17	17

Fonte: SIAB (2015).

Tabela 3: Cobertura Populacional de acordo com o número de ACS

SAÚDE DA FAMÍLIA						
ACS - Agentes Comunitários de Saúde	DEZ/2002	DEZ/2010	DEZ/2011	DEZ/2012	DEZ/2013	DEZ/2014
Cobertura Populacional	89,05%	97,54%	100,00%	100,35%	100,00%	96,73%
Número de agentes comunitários de saúde	77	91	92	102	107	112

Fonte: SIAB (2015).

Nas tabelas anteriores se mostra como consecutivamente foi melhorando a cobertura das equipes de saúde da família e o completamento das agentes comunitárias de saúde, com uma importante labor na melhora e manutenção da saúde dos campo-belenses.

Em nosso município temos o Centro Viva Vida, onde se faz atendimento de diferentes especialidades médicas (ortopedista, ginecologista, obstetrícia, endocrinologista, cardiologista, pequena cirurgia, etcetera), as outras que não temos os pacientes são encaminhados pelo tratamento fora do domicílio (TFD) para outras cidades onde a prefeitura coloca o transporte aos pacientes.

Aqui em Campo Belo se trabalha com o prontuário eletrônico mas ainda apresentamos muitas dificuldades já que os pacientes que são atendidos por outras especialidades chegam até nos sem um diagnóstico pois a contra referência não é feita como desejável, ainda não existe articulação entre a atenção básica, a policlínica e o pronto-atendimento.

Neste município existem estas redes de atendimento, a rede média funciona na policlínica com as diferentes especialidades médicas, e as de alta complexidade são feitas fora do município a través do TFD.

Na tabela a continuação mostra a quantidade total dos recursos humanos em saúde, e importante ressaltar que durante o ano 2014 Campo Belo ganhou bolsistas do programa Mais Médicos, com 6 membros. Também fazem parte dos

bolsistas dos membros de Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVA) com uma carga horária de 32 horas de trabalho semanal, e 8 h de estudo no curso de Especialização da Família e comunidade.

Tabela 4: Recursos Humanos em Saúde

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	73
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	2
TOTAL	75
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	8
TOTAL	8
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	658
EMPREGO PUBLICO	18
ESTATUTARIO	9
TOTAL	685

Fonte: SIAB (2015).

Dentro os equipamentos sociais e pontos de atenção à saúde presentes no bairro pode-se destacar: uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (Centro I) a Praça Matriz, 3 laboratórios, 2 escolas, 4 creches, 8 igrejas, dela a Igreja Matriz, varias lojas, 2 hospitais privados, 6 clinicas, 5 bancos, 2 correios, varias farmácias. Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos); existem serviços de luz elétrica, água de redes públicas, telefonia fixa, esgoto.

A Unidade Básica de Saúde Centro I está localizada na zona bairro centro do município, no centro da cidade foi criada há 5 anos em Maio de 2010 como PACS. Em agosto do mesmo ano foi convertida em PSF. Inicialmente a unidade básica de saúde se encontrava na Rua Santos Dumont 08, tendo como referência a praça e Igreja Matriz em uma casa alugada pela prefeitura, não dispõe de espaço próprio, contendo uma pequena sala de recepção, com área para espera de pacientes contendo poucas cadeiras, bebedouro de água e televisão; 01 consultório médico, 01 sala de enfermagem com poucas condições, pois é utilizada para vários fins, pediatria, ginecologia, 1 sala de vacinas onde a técnica tinha que fazer todos os procedimentos já que não tinha salas de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), não tinha depósito de materiais de limpeza (DML), só 1 sala pequena que funciona como cozinha, salão de reuniões, sala de arquivos e sala dos agentes comunitários de saúde. O consultório odontológico se encontrava ubicado em áreas do outro PSF (PSF Centro 2) já que no local de Centro I não tinha espaço para instalar.

Graças aos esforços governamentais no dia 26 de Março de 2015 foi inaugurado à nova unidade de saúde da família e comunidade, agora se encontra localizada no mesmo bairro Centro detrás do banco do Brasil que conta com uma infraestrutura adequada de acordo às normas do SUS, esperando elevar o nível de saúde e satisfação de nossa comunidade brindando um serviço de excelência e qualidade.

O horário de funcionamento do PSF é de segunda a sexta de 7.00 AM até 11 horas, e de 1 hora até 5 horas da tarde.

A equipe é formada pelos profissionais: um medico, dois enfermeiros, uma dentista, uma técnica de saúde bucal e 7 agentes de saúde e 1 recepcionista. O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da UBS, sendo que algumas atividades são realizadas em outros locais (visitas domiciliares, CEMEI, campanhas etc.).

A área de abrangência do PSF é no bairro Centro (Centro I), atendendo um total de 1040 famílias / 2761 habitantes, de eles 1229 correspondem ao sexo masculino, o que representa 44,51% e 1532 corresponde ao sexo feminino o que representa 55,49% do total da população cadastrada, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

Tabela 5: População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família CENTRO I município Campo Belo, 2014

Sexo	Faixa Etária (anos)										
	< 1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	12	36	19	33	56	75	351	145	171	331	1229
Feminino	9	40	20	33	52	74	382	160	247	515	1532
Total	21	76	39	66	108	149	733	305	418	846	2761

Fonte: SIAB (2014).

O número de famílias cadastradas no ESF é de 1040. Contamos com pessoas cobertas com plano de saúde 351 para um 12,71%.

A taxa de emprego e principais postos de trabalhos é em lojas e mercados como empregados e outros em fabricas de costura, sendo alta a taxa de emprego. A estrutura de saneamento básico na comunidade é adequada, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário onde as 1040 famílias cadastradas tem 100% do sistema de esgoto. Em relação ao lixo a situação é favorável, 1039 famílias utilizam a coleta de lixo publico e só apenas uma família que queima ou enterram o lixo (SIAB, 2014).

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada. Nos domicílios 1040 famílias, utilizam a filtração como método de tratamento para um 100% da população.

1.1 Diagnóstico Situacional

O diagnóstico de saúde é um instrumento que define estratégias e possibilita a construção de linhas de cuidado. É “a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo”, visa analisar dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções, é a etapa fundamental no

planejamento das ações de uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Sendo assim após discussão com ESF Centro I, podemos identificar alguns problemas enfrentados pela população de sua área adscrita.

Diante da discussão, levando-se em consideração a realidade vivenciada pela equipe, foram levantados problemas como alta prevalência de Hipertensos.

Quando se fala de um problema, não se pode considerar apenas o problema isoladamente, mas sim tudo o processo que levam as causas e/ ou conseqüências. Por isso, “ao identificar um problema, deve-se considerar se ele é final (terminal) ou intermediário”, sendo que os problemas intermediários farão parte de uma cadeia de causas que levam ao problema principal, tendo igual importância dentro do contexto (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p. 57).

1.1.1 Identificação dos problemas.

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Alta dependência a psicofármacos.
- Hiperlipidemia.
- Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento.
- Baixo nível cultural da população.
- Elevada incidência de doenças parasitárias.

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados.

1.1.2 Priorização dos problemas

Quadro 3- Priorização dos Problemas da ESF Centro I, Campo Belo, Minas Gerais, 2015.

Comunidade Centro I – Priorização dos Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	5	Dentro	1

Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro	2
Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento	Alta	5	Dentro	2
Hiperlipidemia	Alta	4	Dentro	2
Alta dependência a psicofármacos	Alta	3	Dentro	3
Elevada incidência de doenças parasitárias.	Média	2	Dentro	3
Baixo nível econômico e cultural da população.	Média	2	Fora	3

Fonte: Aatoria Própria (2015).

1.1.3 Descrição do Problema Selecionado

A hipertensão arterial sistêmica, conhecida como pressão alta, se caracteriza por níveis elevados de pressão arterial acima de 140/90 mmHg, constituindo um fator de risco para uma série de doenças e agravos à saúde.

Os dados estatísticos mais recentes do Brasil mostram que o 23% da população brasileira é hipertensa, esta estimativa foi levantada em 2010 através de entrevista com 54.339 adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal. Onde um dos estados com maior frequência de hipertensão arterial em homens, foi Minas Gerais (Belo Horizonte) com 25.1 %.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) “Centro I” de um total de 2761 pessoas de nossa área de abrangência, 589 pacientes, representando um 24,03% da população sofre desta doença (SIAB, 2014). Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pelo resto da equipe de saúde aos pacientes, muitos deles mantêm níveis pressóricos elevados, principalmente os pacientes do sexo masculino e mais de 45 anos que não levam hábitos e estilos de vida adequados, o qual é um dos desafios da equipe de saúde. Como também outras das causas que incide na aparição da doença é o sedentarismo, os pacientes não conhecem a importância da execução de exercícios físicos de forma periódica.

1.1.4 Identificação dos “nós críticos” do problema priorizado.

- Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença).
- Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável.
- Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90mmhg), a prevalência na população rural adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

Oliveira (2004) enfatiza que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) somente passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Entretanto, tais alterações não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença através de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta. Infere ainda o autor, que se deve ter como objetivo uma conduta preventiva que pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS. A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como o grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas de acompanhamento, coincide com o conselho médico ou de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Propor um plano de intervenção para diminuir a incidência de hipertensos, na Equipe de Saúde da Família “Centro I”, no Município Campo Belo- MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Fornecer ações de saúde dentro e fora da unidade que garantam o conhecimento da população sobre prevenção da doença;
- ❖ Propor intervenções que diminuam os fatores de riscos que incrementam a incidência de hipertensão arterial na população.

4 METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à comunidade adscrita à ESF “Centro I” através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para a fundamentação teórica do presente trabalho, realizou-se revisão de literatura através de levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados no período de 2000 a 2015 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Dentre os artigos revisados, foram selecionados aqueles que se enquadravam no enfoque do deste trabalho e mais relevantes em termos de delineamento e resultados encontrados. Alguns artigos citados nesses trabalhos foram utilizados, a fim de trazer informações complementares. Foram buscados artigos com os seguintes termos: “hipertensão, “prevenção.

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional e revisão de literatura propôs-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde, baseado nos 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema: hipertensão arterial. A partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento descrevemos o problema e a elaboração de estratégias para combatê-la.

5 REFERENCIAL TEORICO

No ano de 1988 a saúde passou a ser estabelecida na legislação brasileira como direito de todos os brasileiros a ser assegurado pelo Estado e seus princípios foram regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (MARTINS, GARCIA e PASSOS, 2008)

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. É conhecida hoje como "Estratégia de Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa" A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (SANTANA *et al*, 2009).

Para Santana *et al* (2009) a ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Nesse contexto assistencial em que atua a ESF, encontra-se o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada pelos elevados níveis da pressão arterial, "sendo definida como pressão arterial sistólica igual ou maior que 140mmhg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior que 90mmhg, em indivíduos sem uso de anti- hipertensivos" (MOURA *et al*, 2011, p. 760).

A HAS é considerada uma doença crônica degenerativa e representa sério problema de saúde pública, considerando a sua ampla incidência em indivíduos adultos. Deve ser acompanhada ao longo de seu curso com medidas de controle que visem à qualidade de vida do portador e a prevenção de complicações.

A hipertensão arterial, mais popularmente chamada de "pressão alta", está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevado (CICCO, 2007).

Smeltzer e Bare (2006) enfatizam que, uma vez identificada, a pressão arterial elevada deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida. Tendo como meta do tratamento evitar a morte e as complicações ao atingir e manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg.

Sabe-se que, toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

Para a implementação de ações, o profissional deve procurar conhecer a história do paciente individualmente, de forma a elaborar estratégias que possam contribuir para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOUZA, 2003).

Segundo dados do ministério da Saúde (2006), a prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. O diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido pelo encontro de níveis tensionais acima dos limites superiores da normalidade (140/90 mmHg) quando a pressão arterial é determinada através de metodologia adequada e em condições apropriadas (ORQUIZA, 2007).

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (POTTER; PERRY, 2001; SMELTZER; BARE, 2006).

6 PLANO DE AÇÃO

O processo de planejamento se refere a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, de uma mudança situacional. O planejamento não se trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente que é o futuro de nossas decisões (MATUS, 2004, p. 19).

6.1 Desenho das operações

Quadro 4- Desenho das operações para os nós críticos. Proposta de intervenção para diminuir a incidência da HAS na ESF Centro I, Campo Belo, Minas Gerais, 2015.

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produto esperado	Recursos necessários
Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença)	“Saber + ” com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença.	O usuário torna-se mais bem informado quanto à como prevenir a doença.	Aumento de informação sobre a hipertensão e sob tudo a como prevenirla.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Político: parceria. Financeiros: disponibilização de materiais educativos.
Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável.	“Cuidar melhor, + saúde” com o objetivo de melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de	Alterar os hábitos alimentares na população e diminuir o sedentarismo.	Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Programas saudáveis na radio e nas escolas. Programa de caminhada orientada. Programa de academia ao	Cognitivos: conhecimento sobre o tema e informar. Organizacional: Organização dos encontros pra as caminhadas e a academia ao ar livre. Politico: conseguir a articulação intersectorial. Financeiros:

	exercícios físicos.		ar livre da terceira idade.	disponibilização de materiais educativos y recursos necessários.
Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).	“Linha de cuidado” com objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe dentro e fora da unidade.	A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo participe das ações com o fim de obter as mudanças.	Cursos de capacitação da equipe de saúde da família. Palestras e grupos operativos da população com maior risco. Programa saudável na radio.	Organizacional: Organização da agenda junto a os profissionais e a equipe em geral. Político: articulação entre os setores da saúde e a educação. Financeiros: Garantir os recursos e materiais necessários pra lograr os objetivos desejados.

Fonte: Aatoria Própria (2015).

6.2 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas

Para o enfrentamento dos “nos” críticos, para diminuir a incidência da HAS na ESF Centro I, Campo Belo, Minas Gerais, 2015.

Operação/ Projeto	Recursos necessários
----------------------	----------------------

“Saber + ”	<p>Político: Alcançar uma articulação intersetorial.</p> <p>Financeiros: disponibilização de materiais educativos.</p>
“Cuidar melhor + saúde”	<p>Organizacional: Mobilização social em torno das questões de promover alimentação saudável, a pratica sistemática de exercícios físicos, diminuir o alcoolismo e o tabaquismo.</p> <p>Político: Articulação Inter setorial.</p> <p>Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.</p>
“Linha de cuidado”	<p>Político: articulação entre os setores da saúde e demais setores na cidade. Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.3 Propostas de Ações para a Motivação dos Atores.

Quadro 6: Propostas de ações para a motivação dos atores, para diminuir a incidência da HAS na ESF Centro I, Campo Belo, Minas Gerais, 2015.

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	

<p>“Saber + ”</p>	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema.</p> <p>Politico: parceria</p> <p>Financeiros: disponibilização de materiais educativos</p>	<p>Secretário de saúde e ministério da saúde.</p> <p>Secretário de saúde.</p> <p>Secretário de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente a Favorável</p>	<p>Carta de apresentação do Projeto.</p> <p>Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.</p> <p>Mostrar que já existem projetos de incentivo.</p>
<p>“Cuidar melhor, + saúde”</p>	<p>Cognitivos: conhecer sobre o tema e informar sobre o mesmo.</p> <p>Organizacional: Organização dos encontros pra as caminhadas e academia ao ar livre.</p> <p>Politico: conseguir a</p>	<p>Integrantes da unidade básica de saúde.</p> <p>Associações dos bairros e escolas.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente a Favorável</p>	<p>Palestras e realização de grupos operativos em ambiente descontraído.</p> <p>Carta de apresentação do projeto.</p>

	articulação intersectorial. Financeiros: disponibilização de recursos e materiais educativos.	Secretário de saúde Secretário de saúde		Carta de apresentação do projeto. Carta de apresentação do projeto.
“Linha de cuidado”	Organizacional: Organização da agenda junto aos profissionais e a equipe em geral. Politico: Articulação entre os setores da saúde e educação.	Integrantes da unidade básica de saúde Secretário de saúde	Favorável Favorável	Reuniões com toda a equipe. Carta de apresentação demonstrando benefícios.

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.4 Proposta de intervenção.

Quadro 7 - Proposta de intervenção para diminuir a incidência da HAS na ESF Centro I, Campo Belo, Minas Gerais, 2015.

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
“Saber + ” com o objetivo de aumentar o	O usuário torna-se mais bem informado	Avaliação do nível da população sobre o	Carta de apresentação dos projetos.	Agentes comunitários, enfermeiros	Início em 6 meses e finalização em 12

conhecimento dos usuários sobre a doença	quanto a doença e como prevenir ela.	conhecimento da Hipertensão Arterial, suas principais causas, risco e complicações. Capacitação aos ACS. Programa de hiperdia.	Mostrar que já existem projetos de incentivo. Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.	e o médico.	meses.
“Cuidar melhor + saúde” com o objetivo de melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente e hábitos alimentares e a prática sistemática de exercícios físicos.	Melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente e hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de exercícios físicos.	Criação do grupo operativo de pacientes com Hipertensão Arterial Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Campanha educativa no PSF. Atendimento aos pacientes	Carta de apresentação dos projetos.	Agentes, enfermeiros, médicos e odontólogos. Professor de educação física. Nutricionista.	3-5 meses para apresentar o projeto. 6 meses para início das atividades e finalização em 12 meses

		com Hipertensão Arterial			
“Linha de cuidado” com objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe	A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário.	Línea de cuidado melhorada, recursos humanos mais capacitados, regulação da linha de cuidado.	Reuniões com toda a equipe. Carta de apresentação demonstrando benefícios.	Agentes comunitários, enfermeiros e médicos.	Início em 6-meses e finalização em 12 meses.

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.5 Gestão do plano.

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que ser observado se o prazo foi cumprido e com integrantes da equipe participando como foi determinado.

É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS vem se destacando como epidemia no mundo moderno e de acordo com o desenvolvimento deste, as doenças se incrementam nos dias atuais e vem se tornando um grande problema de saúde tanto nos países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento.

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF, e permitiu refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência da ESF Centro I com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade similar da brasileira. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar os profissionais para dar um apoio maior e necessário aos pacientes com hipertensão.

Com base no trabalho, concluiu-se que:

- A HAS apresenta grande incidência na área de abrangência da equipe;
- Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias. Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar sua relação com os pacientes e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados;
- É necessário envolvimento e empenho da equipe de saúde para incentivar à comunidade;
- É necessária a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais, para a realização das ações conjuntas;
- Espera-se que esta proposta de intervenção possibilite uma redução da morbidade e mortalidade relacionada com a hipertensão da ESF Centro I, e melhora na qualidade de vida dos portadores da doença.

O grande número de pacientes hipertensos foi eleito para esta proposta de intervenção, o que deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu a formulações propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas. A elaboração do plano de intervenção na ESF Centro I foi de muita importância para poder traçar metas e ações e serem executados por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado e os usuários com a finalidade de melhorar suas qualidades de vida.

REFERENCIAS

ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN.** 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil.** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília, 2006. p58. Disponível em : <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf> Acesso: 06 maio, 2015.

CICCO, L. H. S. **Hipertensão arterial? E agora?** Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm-15k>. Acesso em: 05 maio 2015.

CIDADES, **Informações Completas.** IBGE. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Campo_Belo%C3%A7u%C3%AD>. Acesso 09 mar. 2015.

CAMPO BELO. **Prefeitura Municipal de Campo Belo.** Disponível em: <<http://www.campobelo.mg.gov.br/index.php/nossa-cidade/dados-municipio>>. Acesso 09 mar. 2015.

IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

MARTINS, Julieta de Souza; GARCIA, Junior Ferreira; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. Estrategia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**, v.1, n.1. Ipatinga: Unileste- MG, Nov./ dez. 2008.

MATUS, C. **Revista Espaço Acadêmico** – Nº 32 – Janeiro/2004 – Mensal – ISSN 1519-6186. 2004. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. Acesso em: 20/01/2015.

MEDEIROS, G. B. J. **Hipertensão arterial em relação a outros fatores de riscos em pacientes adultos.** 2002. 88p. Dissertação (Pós- graduação em Ciências da Nutrição). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MOURA, Denizielle de Jesus Moreira; BEZERRA, Sara Taciana Firmino; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; FIALHO, Ana Virginia de Melo. Cuidado de Enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.4, p.759- 765. Brasília, 2011.

OLIVEIRA, N. M. C. M. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa, PB.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ORQUIZA, S. M. C. **Hipertensão Arterial.** Disponível em: <www.orientacoesmedicas.com.br/hipertesaoarterial3.asp-48k>. Acesso em 15 maio 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática.** São Paulo: Editora Santos livraria, 2001, 3^oed.

PRECEPTA. Portal de saúde. Ministério de Saúde do Brasil. **Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil.** Disponível em: <<http://www.precepta.com.br/blog/prevalencia-de-hipertensao-arterial-brasil/>> Acesso :06 maio,2015.

SANTANA, Júlio César Batista; VASCONCELOS, Agda Lacerda de; MARTINS, Cristina Valadares; BARROS, Jaime Vitor de; SOARES, José Mateus; DUTRA, Bianca Santana. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, v.14, n.4, p. 645- 652, 2009.

SARMENTO, Z. G. P. **Crenças relacionadas à adoção da dieta para controle da hipertensão arterial.** 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, 10^o ed, v.2.

SOUZA, E. R. F. **Vivência de hipertensos no município de Narazerinho no que concerne ao seu tratamento.** 2003. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.