

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

**MARIA ESPERANZA BRYAN BRUG**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE GETÚLIO VARGAS,  
NANUQUE, MINAS GERAIS**

Teófilo Otoni / Minas Gerais

2015

**MARIA ESPERANZA BRYAN BRUG**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE GETÚLIO VARGAS,  
NANUQUE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad.

Teófilo Otoni / Minas Gerais

2015

**MARIA ESPERANZA BRYAN BRUG**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE GETÚLIO VARGAS,  
NANUQUE, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Salime Cristina Hadad – orientadora.

Profa. Dr. Selme Silqueira de Matos - UFMG

Aprovado em 28 de maio de 2015.

## DEDICATÓRIA

A minha equipe de saúde

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família toda.

A todas as pessoas, que apoiaram me para a realização deste projeto.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é causa de elevada morbimortalidade cardiovascular no Brasil e no mundo. Conhecer os fatores de risco para sua aparição é importante para diminuir sua incidência. Na Unidade Básica de Saúde da Família Getúlio Vargas foi desenvolvido um projeto de intervenção com o objetivo de trabalhar com a população com risco da doença para assim reduzir de forma importante a HAS. O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) foram processados os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde da área de abrangência da equipe. As principais propostas apresentadas foram aumentar o conhecimento acerca da doença, adoção de hábitos e modos de vida saudáveis na população com risco e aumentar as ações de saúde para fazer pesquisa ativa de pacientes com HAS, organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica. Equipe de Assistência ao Paciente. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension (SAH) is a cause of high cardiovascular morbidity and mortality in Brazil and worldwide. Knowing the risk factors responsible for hypertension is important to decrease its incidence. In the Family Health Unit Getúlio Vargas was developed an intervention project with the aim of working with the population at risk of the disease to reduce significantly the SAH. The study was developed through a literature review, problems were identified in the Health Diagnosis of team coverage area and we used the method of Situational Strategic Planning (PES) for organizing the Intervention Plan. The main proposals were to increase knowledge about the disease, the adoption of healthy habits and lifestyles in the population at risk and increase health actions to do active research of patients with SAH, arrange the agenda for improving the care of patients with factors risk and increase the implementation of health promotion and prevention activities.

Keywords: Hypertension. Patient Care Team. Primary health care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACV	Acidente Cerebrovascular
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1.Características demográficas e socioeconômicas do município.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.A rede municipal de saúde do município de Padre Carvalho.....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>6.1.Seleção do problema.....</b>	<b>19</b>
<b>6.2.Descrição do problema selecionado.....</b>	<b>20</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Nanuque localiza-se ao nordeste de Minas Gerais (MG), na região do Vale do Mucuri, a 640 km a norte da capital estadual Belo Horizonte. Possui uma área de 1517,841 Km<sup>2</sup>, estabelecendo limites geográficos com os municípios do estado de Bahia Medeiros Neto e Lajedão ao norte e ao leste com Mucuri, a oeste com o município mineiro de Carlos Chagas e ao sul com os municípios do Estado do Espírito Santo, Montanha, Mucurici e Ecoporanga (IBGE, 2010).

### 1.1. Características demográficas e socioeconômicas do município

A população é composta de 40.834 habitantes, sendo 48,94% do sexo masculino e 51,06% do sexo feminino IBGE, 2010 (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição populacional por sexo e idade do município Nanuque, MG.

Sexo	Faixa Etária										
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Total
<b>Masculino</b>	1446	1678	1823	1736	3411	2938	2591	1844	1288	1181	19.936
%	3,55	4,18	4,48	4,26	8,38	7,21	6,36	4,53	3,16	2,89	48,94
<b>Feminino</b>	1364	1538	1848	1751	3463	3039	2594	2103	1612	1468	20.780
%	3,55	3,83	4,54	4,30	8,50	7,46	6,37	5,16	3,96	3,6	51,06

Fonte: Censo IBGE (2010).

A população rural é de 4.045 habitantes e a população urbana é de 36.789 habitantes (90,09%), sendo a densidade demográfica é 26,90 hab/Km<sup>2</sup>. O crescimento populacional foi negativo de -0.19% entre os anos de 2000 e 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,701, situando-se na faixa de Desenvolvimento Humano Alto entre 0,7 e 0,799. A economia é baseada na agricultura e serviços (pequenos comércios) (IBGE 2010).

O município de Nanuque possui segundo o último Censo demográfico (IBGE, 2010) 12.881 domicílios permanentes, sendo 91,0% de abastecidos por

rede geral de água tratada, 88,2% com coleta de lixo e 73,3% com esgotamento sanitário ligado à rede geral de esgoto.

Em relação a educação básica, há 19,4% de analfabetismo, o município conta apenas com a rede de ensino público municipal composta de oito escolas de ensino fundamental e cinco unidades de educação infantil (creches) (PNUD, IPEA & FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2014).

## **1.2. A rede municipal de saúde do município de Padre Carvalho**

A população toda do município é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Existem 14 Unidades de saúde das 12 são Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo 10 situadas na zona urbana e 2 na zona rural. Contudo, somente oito UBSF estão com equipe de saúde da família completa. Há no município um hospital público e outro privado.

O sistema de referência e contrarreferência dos pacientes do município para realização de consultas especializadas ou de atendimento de urgências está estabelecido, sendo encaminhados para a cidade de Teófilo Otoni. A referência dos pacientes é realizada com envio de todos os dados clínicos e a solicitação de avaliação médica do que se necessita, contudo a contrarreferência não é tão efetiva porque nem sempre os especialistas devolvem para os médicos solicitantes os resultados das investigações feitas aos pacientes e a avaliação realizada. Diante disso, os médicos ficam sem saber o que ocorreu e o seguimento que devem fazer com os pacientes.

A UBSF Getúlio Vargas tem uma área de abrangência de 735 famílias, para um total de 3.951 habitantes dos quais 1960 são masculinos e 1991 femininos. A equipe está composta por 12 profissionais; uma médica clínica geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem (vacinadora), uma cirurgiã, uma auxiliar de saúde bucal, 6 agentes comunitárias de saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais. Funciona também nesta unidade um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) integrado por uma

Psicóloga, uma Nutricionista, uma Assistente Social e um Fisioterapeuta. A unidade tem boa estrutura e recursos materiais para a prestação de serviços, mas precisa de alguns equipamentos para prestar uma atenção de excelência. A equipe tem uma carga de 8 horas ao dia e 40 horas semanais.

## 2. JUSTIFICATIVA

Atualmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde mais frequente no Brasil, afeta de 11 a 20 % da população adulto com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com Acidente Vascular cerebral (AVC) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão arterial associada e é uma das principais causas de morte e incapacidade (BRASIL, 2006).

Em consideração ao número importante de pacientes hipertensos no território atendido pela UBSF Getúlio Vargas, a demanda de assistência médica, consumo de medicamentos, assim como os danos potenciais que podem aparecer como consequência de complicações desta doenças na vida das pessoas se não tratadas oportuna e corretamente, percebeu-se a necessidades de elaborar um projeto intervenção no sentido de buscar uma redução na incidência da HAS, mediante o trabalho com seus fatores de risco na população contribuir para modificá-los e para evitar a aparição da doença.

### **3. OBJETIVO**

Elaborar um Projeto de Intervenção com o objetivo de diminuir a incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população da UBSF Getúlio Vargas do município Nanuque, Minas Gerais.

#### **3.1. Objetivos Específicos**

- Conhecer os principais fatores de risco relacionados à HAS;
- Propor mecanismo para reorganização do monitoramento dos hipertensos da área de abrangência da UBSF Getúlio Vargas.

#### 4. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de tipo descritivo, que teve como cenário a UBSF Getúlio Vargas, efetuando-se a caracterização clínico epidemiológica da população de abrangência, mediante a obtenção de dados procedentes dos diferentes sistemas de informação com os quais conta o município.

Para a elaboração deste Projeto de Intervenção, utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS *et al.*, 2010), por meio do qual, após processados os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde da área de abrangência da equipe foi elaborado um projeto de intervenção com um plano de ação sobre o problema identificado como prioritário.

Dentro da literatura revisada para o desenvolvimento deste projeto de intervenção estão os módulos “Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e “Modelo assistencial e atenção básica à saúde” (FARIA *et al.*, 2010), disponível na Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora. Também foram usados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).

A revisão da literatura foi focada em alguns autores com trabalho sob o tema hipertensão arterial. Foi também realizada pesquisa bibliográfica nos textos técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Sociedade Brasileira de Cardiologia.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de 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 por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006, p. 9)

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento da HAS:

- Idade: A idade é um fator de suma importância. Jovens e crianças podem ter hipertensão, mas o diagnóstico na maioria dos casos é realizado a partir dos 35 anos. Aos 50 anos quase metade da população sofre de Pressão Alta (PA), por isso a necessidade e importância de medir a pressão regularmente aumentam com a idade. Na meia idade o risco de hipertensão é maior para os homens, mas próximo aos 50 anos atinge mais as mulheres. Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo que a prevalência de HAS é superior a 60% acima de 65 anos de idade (CESARINO *et al*, 2008).
- O Histórico Familiar e Gênero/etnia: filhos cujo um dos pais é hipertenso apresentam 25% de chances de desenvolver a doença. Se o pai e a mãe são hipertensos a probabilidade aumenta para 60%. Por isso a importância de se realizar exames com regularidade. Em tanto a etnia é um dado importante, pois a hipertensão é mais comum em pessoas negras. Nelas a pressão alta costuma aparecer mais cedo e evoluir mais rapidamente. A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (CESARINO *et al*, 2008).



- Excesso de peso e obesidade: Associa-se o excesso de peso com uma maior prevalência de HAS. Na vida adulta o incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC), ou seja, peso dividido pela altura ao quadrado, acarreta maior risco de desenvolver HAS. Também se associa com a hipertensão a obesidade central (acima da cintura) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).
- Sedentarismo: O risco de pressão alta se agrava ao se passar muito tempo sentado no trabalho, em casa e não incorporar atividade física na rotina. A atividade física reduz a incidência de HA, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de ACV (acidente cerebrovascular, como o derrame cerebral) (BERNARDO *et al* 2013).
- Dieta rica em sal: A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da pressão arterial. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros ianomâmi, não foram encontrados casos de HA. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (BRASIL, 2006).
- Ingestão de álcool: O consumo com regularidade e de forma abusiva de bebidas alcoólicas pode provocar um aumento grave na pressão arterial e ocasionar insuficiência cardíaca, batimentos irregulares e AVC. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HA de forma independente das características demográficas (BRASIL, 2006).
- Fatores socioeconômicos: A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HA é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (CESARINO *et al.*, 2008).
- Genética: A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS.

Outros fatores de risco cardiovascular como diabetes ou anormalidades do colesterol, frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição

genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (BRASIL, 2006).

Medidas como a incorporação de uma dieta equilibrada e rica em frutas e vegetais, com baixo teor de sal e gordura, cuidados com a manutenção do peso, redução do estresse e prática regular de atividade física são ações que auxiliam na prevenção e tratamento da hipertensão (BERNARDO *et al*, 2013).

## **6 PROJETO DE INTERVENÇÃO:**

Foi realizado o diagnóstico situacional da UBSF Getúlio Vargas, segundo os pressupostos de Campos *et al* (2010), no período de outubro a novembro de 2014, em conjunto com os integrantes da equipe de saúde. Durante a discussão do diagnóstico situacional, identificaram-se os principais problemas de saúde da comunidade. Posteriormente selecionaram-se os fundamentais:

1. Elevado número de pacientes com HAS.
2. Pouca adesão dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ao tratamento regular e ao acompanhamento adequado.
3. Incremento do consumo de drogas psicotrópicas por distúrbios como ansiedade, insônia, depressão.
4. Pouca interação entre gestor da saúde e ESF.
5. Falta de medicamentos na farmácia.

### **6.1. Seleção do problema**

Na priorização do problema “a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los” são utilizados como critérios de seleção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.57). Tendo em consideração estes aspectos foram priorizados como é mostrado na Tabela 2.

Atualmente o grande problema que enfrentamos no dia a dia é o número crescente de hipertensos na nossa área de abrangência e resistência da população frente às ações preventivas e de promoção à saúde, vivenciamos ainda aquele processo em que a atenção curativa predomina em relação às aquelas voltadas para um trabalho de promoção à saúde e prevenção de doenças. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem apresentado um papel preponderante no número de consultas e como fator de risco para a ocorrência direta de morbidade e mortalidade das patologias do sistema cardiocirculatório, portanto foi selecionado como o de maior urgência a ser enfrentado.

**Tabela 2** - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da UBSF Getúlio Vargas.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Seleção</b>
Pouca adesão dos pacientes com DCNT ao acompanhamento e tratamento regular.	Alta	6	Parcial	2
Incremento no consumo de drogas psicotrópicas.	Alta	5	Parcial	3
Falta de medicamento, na farmácia.	Alta	5	Fora	3
Elevado número de pacientes com HAS.	Alta	7	Fora	1
Pouca interação entre gestor da saúde e ESF.	Alta	3	Fora	4

## 6.2. Descrição do problema selecionado

Durante a elaboração deste diagnóstico situacional detectamos que uma série de questões poderia estar propiciando o problema selecionado, entre as quais podemos citar:

- Um escasso planejamento de ações de saúde junto a população;
- Falta de informação da população em geral e dos grupos de risco em particular;
- Pouca adesão da população com as atividades de promoção e prevenção efetuadas.

Os principais “nós” críticos do problema selecionado são:

- Preparação da ESF para a pesquisa de pacientes com risco de HAS;
- Falta de informação da população em geral e dos grupos de risco em particular;
- Escasso planejamento de ações de saúde na população aparentemente saudável e com risco de HAS;

- Pouca adesão da população com as atividades de promoção e prevenção efetuadas.

Para cada “nó” crítico definiu-se um objetivo:

- Capacitar à ESF para uma adequada obtenção dos dados clínicos e epidemiológicos;
- Facilitar informação aos usuários com risco de HAS, mediante atividades orientadoras, educativas, utilizando uma linguagem comum a todos;
- Incrementar as ações de promoção e prevenção de HAS na UBSF;
- Melhorar a interação entre os profissionais da ESF com a comunidade; e melhorar o nível da satisfação da equipe e comunidade com as ações serviços de saúde.

Para cada um destes nós críticos foram definidos um conjunto de operações, com resultados esperados, produtos e recursos necessários (Tabela 3).

Neste projeto o recurso crítico é o financeiro porque se requerem de forma indispensável finanças para o desenvolvimento do mesmo: equipamento na UBSF como computador, materiais audiovisuais, cadernos, folhetos educativos, entre outros.

**Tabela 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos.**

<b>Nós críticos</b>	<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Preparação da ESF para a pesquisa de pacientes com risco de HAS.	Capacitação da ESF para executar uma adequada pesquisa.	Padronização das ações de saúde para busca ativa de indivíduos com risco de HAS na comunidade	Protocolo para identificar os indivíduos com risco.	Cognitivo: Capacitação da ESF. Financeiro: Aquisição de recursos financeiros para material educativo, audiovisual, etc.
Falta de informação da população em geral e dos grupos de risco em particular.	Criação de Grupos de risco de HAS	Diferenciação do acompanhamento dos distintos grupos de risco.	Atividades programadas com os integrantes da ESF e NASF (Educadora física, nutricionista).	Financeiro: Aquisição de recursos para a compra de materiais educativos, folhetos, roupas para identificar aos grupos e fazer atividades física.
	Incrementar o conhecimento sobre a HAS nos grupos de risco.	População com mais informação sobre as causas, riscos e complicações da HAS.	Atividades educativas. Campanhas de promoção e prevenção da HAS.	
Escasso planejamento de ações de saúde na população aparentemente saudável.	Incrementar o planejamento de atividades com os grupos de risco	Agendamento organizado das atividades e das diferentes ações de saúde nos grupos criados.	Melhor programação de atividades com ações de saúde.	Organizacional: Organização das distintas atividades dos grupos populacionais. Cognitivas: Informação sobre os temas a serem apresentados durante os grupos operativos.
Pouca adesão da população com as atividades de promoção e prevenção efetuadas.	Incrementar o acompanhamento dos grupos de risco de HAS.	Avaliação de maior número de pacientes com risco de HAS.	Acompanhamento efetivo dos pacientes portadores de HAS, com redução de complicações.	Financeiros: Materiais para o desenvolvimento das atividades.

**Tabela 4.** Designação de Responsáveis e prazos de cada operação

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Atividades e Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
Capacitação da ESF para executar uma adequada pesquisa.	Organizar ações de saúde para busca ativa de indivíduos com risco de HAS na comunidade	Adequada identificação de indivíduos com risco de HAS.	Enfermagem e coordenador municipal da APS.	Dois meses após aprovação do projeto.
Criação de Grupos de risco de HAS	Estabelecer o Protocolo de acompanhamento dos distintos grupos de risco.	Orientações baseadas em cada fator de risco.	Enfermagem e coordenador municipal da APS.	Dois meses após aprovação do projeto.
Incrementar o conhecimento sobre a HAS nos grupos de risco.	População com mais informação sobre as causas, riscos e complicações da HAS.	Campanhas de promoção e prevenção da HAS.	ESF.	Dois meses após aprovação do projeto.
Incrementar o planejamento de atividades com os grupos de risco	Agendar e organizar as diferentes ações de saúde nos grupos criados.	Palestras educativas. Atividades esportivas.	Enfermagem e coordenador municipal da APS.	Dois meses após aprovação do projeto.
Incrementar o acompanhamento dos grupos de risco de HAS.	Acompanhamento efetivo dos pacientes portadores de HAS, com redução de complicações.	Ações de acompanhamento de pacientes hipertensos, com priorização dos pacientes com maior risco.	ESF.	Dois meses após aprovação do projeto.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de tudo que foi exposto, fica mais um desafio para os trabalhadores da atenção básica que anseiam pela a promoção de saúde como uma das ações fundamentais realizadas em nossas unidades de saúde da família. A participação e a adesão efetiva da população de risco para a HAS com às atividades promotoras de saúde, torna evidente a importância de um projeto de intervenção que contemple de forma integral a promoção e educação em saúde.



## REFERÊNCIAS

BERNARDO A, F, B. Associação Entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. Revista Brasileira de Medicina do esporte. Presidente Prudente, v. 19, n. 4, p. 231- 235, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922013000400001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000400001)>. Acesso em março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica – No. 15. P. 9- 14. Brasília –DF. 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad15.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15.pdf)>. Acesso em março de 2015

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horário Pereira de; SANTOS, Max André dos. **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.

CESARINO C, B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.91, n1, p. 31 – 35, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a05v91n1.pdf>>. Acesso em março de 2015.

FARIA, Horário Pereira de; et al. **Processo de Trabalho em Saúde.** Nescon/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família. Belo Horizonte. Coopmed 2009.68 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades@. Município de Nanuque, Minas Gerais. 2014. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314430>>. Acesso em março de 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), O INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) E A FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/nanuque\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/nanuque_mg)>. Acesso em março de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO – DBH VI. Rev Bras Hipertens vol.17(1):4, 2010. Disponível em: <[http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDHA\\_6485.pdf](http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf)>. Acesso em abril de 2015.