

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

EVERARDO JESÚS LEÓN GUTIÉRREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO DOS IDOSOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA EQUIPE SAÚDE
DA FAMÍLIA COLÔNIA, MUNICÍPIO UBÁ, MINAS GERAIS**

Ubá – Minas Gerais

2015

EVERARDO JESÚS LEÓN GUTIÉRREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O TRATAMENTO NÃO
MEDICAMENTOSO DOS IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA COLÔNIA, MUNICÍPIO UBÁ, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a. Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia

Ubá – Minas Gerais

2015

EVERARDO JESÚS LEÓN GUTIÉRREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O TRATAMENTO NÃO
MEDICAMENTOSO DOS IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA COLÔNIA, MUNICÍPIO UBÁ, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof.^a Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia, UFAL

Examinador 2: Prof.^a Dr.^a Selme Silqueira de Matos, UGMG

Aprovado em Ubá: ____/____/____.

Dedico este trabalho:

À minha mãe e esposa por dar-me durante estes anos seu amor, dedicação e apoio, sem elas não seria possível.

AGRADECIMENTOS

A todos os colegas do curso pelo apoio em todos os momentos

Aos meus professores, pelo carinho e profissionalismo com que abordaram os temas das conferências que me permitiram adquirir as ferramentas e conhecimentos necessários para a realização do trabalho.

À minha orientadora por sua dedicação, profissionalismo e ajuda. Sem Ela não seria possível à realização do trabalho.

Aos companheiros de trabalho em especial, a enfermeira Débora que sempre brindou com sua ajuda durante a realização deste trabalho.

RESUMO

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública e afeta mais de 30 milhões de brasileiros. O descontrole da pressão arterial tem origem principalmente devido aos maus hábitos de vida (alimentares e sedentarismo). Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção com vistas a melhorar o tratamento não medicamentoso dos idosos portadores de hipertensão arterial na ESF Colônia. Para isso elaborou-se o diagnóstico situacional da comunidade utilizando o método da estimativa rápida examinando as fontes secundárias de informação, observação ativa e entrevista com informantes-chave. Procedeu-se uma revisão da literatura consultando-se as bases de dados do Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o uso dos descritores: hipertensão arterial, idosos, hábitos e estilos de vida, tratamento não medicamentoso. A proposta de intervenção teve como base o Planejamento Estratégico Situacional. A partir do diagnóstico situacional e dos critérios utilizados foi priorizado o problema do descontrole da pressão arterial entre idosos sendo selecionados os seguintes nós críticos: aumento exagerado do peso, sedentarismo, maus hábitos alimentares e baixo nível de conhecimento sobre a doença. A proposta contempla quatro projetos: educando para modificar hábitos, Movimente-se e viva melhor, Peso ideal e Mais conhecimento e será desenvolvida pela ESF e equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Espera-se com a execução desta proposta a redução de, no mínimo, 15% do peso corporal e do sedentarismo. E, além disso, melhorar os hábitos alimentares. Isso nos permitirá melhorar as cifras tensionais nos idosos portadores de hipertensão arterial na ESF Colônia, promover e alcançar um melhor controle da doença, elevar o nível de conhecimento da população com relação à sua patologia e elevar a qualidade de vida nos idosos.

PALAVRAS CHAVE: Hipertensão arterial. Idosos. Hábitos e estilos de vida. Tratamento não medicamentoso.

ABSTRACT

Hypertension is a major public health problem and affects more than 30 million Brazilians. The blood pressure uncontrolled originates mainly due to bad lifestyle habits (eating and physical inactivity). This study aimed to develop an intervention proposal with a view to improve the non-pharmacological treatment of elderly patients with high blood pressure in FHS Cologne. For it was elaborated the community situational diagnosis using the method of rapid assessment examining secondary information sources, participant observation and interviews with key informants. Proceeded to a literature review in consultation with the Google Scholar databases, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Virtual Health Library (VHL) and the use of descriptors: blood pressure, elderly, habits and lifestyles, no drug treatment. The intervention proposal was based on the Situational Strategic Planning. From the situational diagnosis and the criteria used was prioritized uncontrolled problem of blood pressure in the elderly being selected the following critical nodes: excessive weight gain, sedentary lifestyle, poor eating habits and low level of knowledge about the disease. The proposal includes four projects: educating to modify habits, Move around and live better, ideal weight and more knowledge and will be developed by ESF and multidisciplinary team of the Center for Support to Health. It is hoped that the performance of this proposed reduction of at least 15% of body weight and sedentary lifestyle and, in addition, improve eating habits. This will allow us to improve BP levels in elderly people with high blood pressure in FHS Cologne, promote and achieve better control of the disease, raising the population's level of knowledge regarding their disease and improve the quality of life in the elderly.

Keywords: Arterial hypertension. Elderly. Habits and life styles. Non-pharmacological treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Geral	15
3.2 Específicos	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A palavra Ubá, em tupi-guarani, significa canoa de uma só peça escavada em tronco de árvore. O início do povoado se deu em 1841, com a construção da Igreja São Januário. O seu desenvolvimento ocorreu gradativamente ao redor da Paróquia e, em direção à estrada que levaria a Guarapiranga, onde foram edificadas as primeiras residências em sapé. Esse povoado recebeu o nome de São Januário de Ubá. Devido ao desenvolvimento da paróquia e das atividades dos habitantes, principalmente a cultura do café, em 1854 o povoado recebeu o foro de Vila e, em 1857, foi elevada à categoria de cidade com o nome de Ubá (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Ubá faz fronteira com áreas de outros municípios como: Dolores do Turvo, Senador Firmino, Divinésia, Visconde do Rio Branco, Guidoal, Rodeiro, Astolfo Dutra, Piraúba e Tocantins (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O município possui uma das maiores densidade demográfica da Zona da Mata. A cidade possui mais de cem bairros em uma área urbana superior a trinta quilômetros quadrados, figurando entre as maiores do Estado. A sede municipal dista, por rodovia, 290,88 km da capital Belo Horizonte, 284,31 km da cidade do Rio de Janeiro, e 580 km da cidade de São Paulo. A cidade se localiza praticamente no centro da zona da mata mineira. O clima tropical de Ubá apresenta chuvas durante o verão e temperaturas médias anuais entre 18,2°C e 31°C. É considerada a cidade mais quente da zona da mata mineira, podendo chegar facilmente aos 40°C entre novembro e fevereiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a taxa de analfabetismo da população geral de 15 anos ou mais, é de 5,8%, equivalente a 4.608 pessoas. Destas, 2.421 pessoas pertencem à faixa etária de 60 anos ou mais; 1.428 pessoas de 40 a 59 anos; 544 pessoas de 25 a 39 anos e 215 de 15 a 24 anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

A população de Ubá é de aproximadamente 109.779 habitantes (IBGE, 2015). Há uma concentração dessa população na zona urbana e apenas 5% reside na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,773, sendo classificado como médio (PNUD, 2000). A renda média domiciliar *percapita* é de R\$713,40 tendo como valor de referência, o salário mínimo de 2010, que era R\$ 510,00 (IBGE, 2015).

O abastecimento de água da cidade é realizado pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), recebendo tratamento convencional. Na zona urbana, 98,0%

dos domicílios é abastecido pela rede pública; 1,22% por poço ou nascente e 0,19% por outros tipos de abastecimento, enquanto que na zona rural, 68,35% dos domicílios o abastecimento ocorre pela rede pública; 29,27 % por poço ou nascentee 2,39% por outras formas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

Ubá é a segunda principal cidade da zona da mata mineira, assim como o segundo centro industrial e comercial, atrás de Juiz de Fora. Boa parte do produto interno bruto (PIB) é representada pelo setor comercial, mas a indústria desempenha o papel mais importante na economia do município, principalmente na fabricação de móveis e nas indústrias de vestuário e calçados. A cidade é o maior pólo moveleiro do estado de Minas Gerais e o terceiro do país, além de se firmar também como pólo regional de confecção. A cidade sedia uma das principais feiras de móveis do país, a Feira de Móveis de Minas Gerais (FEMUR). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde de Ubá é muito bem estruturada. A atual estrutura organizacional contempla três grandes áreas: Divisão de Planejamento e Gestão da Saúde que é composta por três Seções: Controle e Avaliação, Orçamento e Finanças e Transportes Assistenciais; a Divisão de Assistência e Vigilância à Saúde composta por seis Seções: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica, Assistência Odontológica, Clínicas Especializadas e Controle de Zoonoses; e, a Divisão de Apoio Institucional.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é composto pelos usuários e prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais de saúde e gestores. Suas reuniões são realizadas uma vez por mês e a composição é paritária, sendo 50% usuários do SUS e 50% prestadores de serviços e profissionais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi criado em 13/09/1991 por meio da Lei Municipal nº 2.185, alterado pela Lei Municipal 3.122, de 27/03/2002. Seus recursos têm origem nos recursos próprios do Tesouro Municipal e recursos advindos do SUS, tanto da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais quanto do Ministério da Saúde, através de transferências fundo a fundo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O gestor do FMS é a Secretaria Municipal de Saúde, através de seu Secretário Municipal, que conta com o CMS, criado pela Lei Orgânica Municipal, de 23/03/1990, art. 278 aos 283 e, posteriormente, pelo Decreto Municipal, nº 2.872, de 12/04/1999, alterada pelas Leis Municipais nº 3.317, de 05/03/2004; 3.481, de 30/08/2005; 3.940, de 06/12/2010

sendo este um órgão permanente e deliberativo que visa viabilizar a participação da comunidade na gestão do SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 19 equipes da ESF sendo 17 na zona urbana e duas na zona rural cobrindo 70% da população. Compõem ainda a ESF cinco equipes de saúde bucal, dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidade em Odontologia (CEO) e o Programa Saúde na Escola (PSE). A equipe ainda utiliza o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para consolidação das informações produzidas.

Na área de saúde a cidade conta com quatro hospitais em funcionamento (Hospital Santa Isabel, Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Regional da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) - Colônia Padre Damião e Hospital São Januário); um hospital onde funciona atualmente o Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer, uma Policlínica Regional, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de dezenas de clínicas médicas, odontológicas. A cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar.

O saneamento básico está diretamente relacionado à saúde. Sanear significa tornar saudável e promove a saúde pública preventiva, reduzindo a necessidade de procura aos hospitais e postos de saúde, porque elimina a chance de contágio por diversas moléstias. Isto significa dizer que, onde há saneamento, são maiores as possibilidades de uma vida mais saudável e os índices de mortalidade, principalmente infantil, se mantêm nos mais baixos patamares.

Com relação ao manejo de resíduos sólidos a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (IBGE, 2008) identificou a existência de catadores nas unidades de disposição de resíduos no solo e também na zona urbana. O serviço de esgotamento sanitário e o de manejo de águas pluviais são executados pela Prefeitura, no entanto, o serviço de abastecimento de água é executado por outra entidade. A água tratada é distribuída para 31.163 economias ativas e domicílios, dos quais 26.978 são residenciais. O volume de água tratada distribuída por dia gira em torno de 31.163 metros cúbicos, mas ainda há distribuição de 457 metros cúbicos de água sem tratamento.

Ainda de acordo com o IBGE (2008) há áreas de risco no perímetro urbano que demandam drenagem especial que é representada por áreas sem estrutura de drenagem e pela disposição no solo de resíduos sólidos de serviços de saúde sépticos em vazadouros e em conjunto com os demais resíduos.

No que diz respeito aos aspectos epidemiológicos Ubá vem apresentando mudanças no seu perfil de nascimento, adoecimento e morte.

Quanto aos nascimentos tem-se observado queda da taxa de natalidade passando de 12,98 nascidos vivos por mil habitantes sem 2009 para 11,97 em 2014, representando uma queda de 8,4%. No período entre 2009 e 2014 nasceram, em média, 1.334 crianças/ano no município (SESMG, 2015).

Em 2014, ocorreram 643 óbitos em Ubá. Desses, 85% foram de pessoas acima de 40 anos e entre esses 63% ocorreram entre idosos (60 anos e mais). Foram registrados 380 óbitos no sexo masculino e 263 no feminino. Convém ressaltar que a sobremortalidade masculina foi maior em todo o período analisado (2009-2014). As doenças do aparelho circulatório continuam sendo, ao longo dos anos, as causas de óbitos mais frequentes, o que não difere dos dados do Estado e do país.

A mortalidade infantil (menores de um ano) vem, ao longo dos últimos seis anos, apresentando uma queda considerável. Se comparado o período de 2009 a 2014 observa-se mais de 60% de redução (25 óbitos em 2009 contra 15 óbitos em 2014). Entretanto, nos últimos dois anos houve um aumento de 50% no número de óbitos infantis, passando de 10 em 2013 para 15 em 2014.

Observa-se queda de mais de 22% no total de internações por condições sensíveis a atenção primária, nos últimos seis anos (9.659 internações em 2009 contra 7.509 em 2014). No entanto, não houve queda no número de internações por infarto agudo do miocárdio (113 em 2009 e 127 em 2014) e entre 2013 e 2014 houve aumento do número de internações por Outras doenças isquêmicas do coração (87 em 2013 e 104 em 2014). Convém destacar que em 2014, entre as internações por condições sensíveis, o acidente vascular cerebral (136), o infarto agudo do miocárdio (127), a diabetes mellitus (120) e outras doenças isquêmicas do coração (104) são as mais frequentes, ficando abaixo apenas do número de internações por pneumonias bacterianas (167).

Em contrapartida, o número de internações decorrentes de transtornos mentais não reflete a realidade, visto que há grande dificuldade na contratualização de leitos em saúde mental para tal finalidade.

CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A comunidade colônia Padre Damião foi fundada 15 de dezembro de 1945, para isolamento de portadores de hanseníase, onde, com o passar dos anos estes moradores foram

constituindo famílias. Os filhos nascidos desses pacientes eram tirados dos pais e levados para Educandário Carlos Chagas na Cidade de Juiz de Fora. Não querendo mais ter seus filhos separados, no ano de 1959 começou a surgir o povoado ao redor da colônia, onde famílias começaram construir casas para terem seus filhos no convívio familiar.

Hoje a colônia, denominada Casa de Saúde Padre Damião, é um hospital de referência em hanseníase, porém não há mais isolamento social. Na unidade hospitalar há médico durante 24 horas para atendimento de urgência e médicos diaristas que fazem acompanhamento dos pacientes hospitalizados. A unidade também tem disponibilizado especialistas para atendimento ambulatorial, tais como: cardiologia, dermatologia, ortopedia, ginecologia, otorrinolaringologia e pediatria. Estes profissionais atendem toda área de abrangência da ESF, facilitando assim a assistência à saúde da comunidade, vez que não é necessário apresentar encaminhamentos, apenas comprovante de residência emitido pela unidade, sendo as consultas agendadas anteriormente.

Em relação aos recursos existentes a comunidade conta com o Hospital da FHEMIG, a ESF Colônia, a Escola Municipal Dr. Heitor Peixoto Toledo, a Escola Estadual Eunice Weaver, dois Centros Comunitários, dois Centros Esportivos, um pro – jovem e 16 igrejas.

A Unidade de Saúde ESF Colônia foi inaugurada em setembro 2004, atende uma população de cerca 2.539 habitantes sendo composta pelas seguintes áreas: Colônia Padre Damião, Povoado São Domingos, Povoado Boa Vista, Quebra-coco, Ligação, Córrego São Domingos e Córrego das Costas. A equipe é formada por uma enfermeira (Coordenadora), um médico, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitários e uma auxiliar de serviços gerais.

Há 746 famílias cadastradas pela equipe. Das 2.539 pessoas cadastradas, 1.234 é do sexo masculino e 1.305 feminino. É uma população predominantemente adulta, pois mais de 65% estão acima de 20 anos. Os idosos representam 13% dessa população totalizando 326 pessoas com idade de 60 anos e mais cadastradas

Com relação à educação, 100% (300) das crianças de sete a 14 anos estão na escola e 88,77% das pessoas de 15 anos e mais são alfabetizadas. Apenas 26,27% das pessoas tem plano de saúde, 4,42% estão inscritas no Programa Bolsa Família e 2,55% no CadÚnico.

O abastecimento de água de 64,75% da população ocorre por meio de poços artesianos e semi-artesianos localizados nas residências e sem nenhum tipo de tratamento e 34,85% recebem água de uma estação de tratamento de água específico da área de abrangência do Hospital da FHEMIG. A filtração da água no domicílio é o tratamento realizado por 91,82%

da população, seguido pela fervura (0,94%) e cloração (0,40%). No entanto, quase 7% da população utilizam água no domicílio sem nenhum tipo de tratamento.

A área apresenta características distintas possuindo 98,79% das residências com boa infraestrutura e só 1,21% mais carentes com residências bem precárias.

Com relação ao destino do lixo é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Ubá, assim 90,62% das pessoas tem o lixo coletado e 9,38% enterram ou queimam o lixo. Quanto ao destino final do esgoto, o mesmo é desprezado no córrego que corta o povoado, sendo que 80,49% usam o sistema de encanamento, 9,90% a fossa e 9,61% despejam a céu aberto.

As principais patologias presentes na comunidade são: hipertensão (170 casos entre homens e 189 em mulheres); diabetes (21 casos entre homens e 76 em mulheres); hanseníase (dois casos entre homens e cinco em mulheres) e, tuberculose (um caso em ambos os sexos). É importante destacar que estes dados são referentes ao ano de 2015 e os casos de tuberculose e hanseníase são referentes àqueles pacientes que foram diagnosticados neste ano.

Conforme observado no diagnóstico situacional da ESF Colônia principal o problema identificado foi o descontrole das cifras tensionais nos idosos portadores da hipertensão arterial. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é entendida como o aumento dos níveis de pressão arterial sistólica acima de 140 *mmhg* e da pressão diastólica de 90 *mmhg* em adultos (MARIA; ÁDILLA, 2010).

Na área de abrangência temos 359 hipertensos, sendo 189 do sexo feminino e 170 do sexo masculino. Neste total destacamos uma quantidade de 182 hipertensos idosos. Observaram-se pacientes idosos que comparecem à consulta médica com a pressão arterial descontrolada, ou seja, maior a 140 x 90 *mmhg*.

O descontrole dos níveis de pressão arterial tem origem principalmente devido aos maus hábitos de vida (alimentares e sedentarismo). Os hábitos alimentares da população da área de abrangência da equipe incluem alimentos ricos em carboidratos como arroz, macarrão, angu e farinha. Além disso, preferem alimentos fritos aos cozidos e há um alto consumo de enlatados e embutidos. O sal também é muito usado em todos os alimentos. Há também um abuso de gordura de origem animal. Como consequência destes maus hábitos de vida tem um aumento exagerado do peso, que favorece o descontrole da pressão arterial.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para aumentar a adesão dos pacientes idosos ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a hipertensão arterial afeta a mais de 30 milhões de brasileiros, sendo 36% dos homens adultos e 30% das mulheres e é o fator de risco mais importante para as enfermidades cardiovasculares, incluindo o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas de mortes no país (WESCHESFELDER, 2012, p.3).

Gravina, Grespan e Borges (2007) asseguram que em idosos as principais modificações no estilo de vida que podem reduzir a pressão arterial são: a prática de atividade física e a mudança de hábitos nutricionais. Os hábitos nutricionais devem visar à redução de sódio e ao controle de peso. A pressão arterial aumenta progressivamente à medida que o índice de massa corporal aumenta.

Segundo Lopes e Moraes (2007) o controle não farmacológico da HAS é importante e necessário, embora se mostre de difícil execução. A prevenção primária ou secundária desse fator de risco no paciente idoso deve ser iniciada o mais precocemente possível, com orientação sobre a necessidade de atividade física adequada à idade, a importância da alimentação saudável, a eficácia do abandono do tabagismo e a necessidade de um melhor manuseio do estresse. Em razão de sua complexidade, essas mudanças devem ser complementadas pela atuação de uma equipe multidisciplinar de saúde.

Todavia, apesar de sua importância, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos (20%-40%), devido à baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A equipe percebeu que muitos idosos com hipertensão arterial da área de abrangência têm hábitos e estilos de vida inadequados se como consequência disso há um descontrole da pressão arterial.

Nesse sentido, com a adesão ao tratamento não medicamentoso os pacientes conseguirão controlar os níveis de pressão evitando as consequências negativas da morbimortalidade cardiovascular e cérebro vascular, bem como viver com mais qualidade por meio das mudanças de hábitos e estilo de vida.

A elaboração de uma proposta de intervenção facilitará um melhor manejo dos idosos hipertensos pela equipe da ESF Colônia.

3 OBJETIVOS

3.1 - Geral

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas à melhoria do tratamento não medicamentoso nos idosos portadores de hipertensão arterial na ESF Colônia.

3.2 – Específicos

- Identificar hábitos e estilos de vida inadequada nos idosos hipertensos.
- Modificar hábitos e estilos de vida inadequados, sensibilizando os idosos sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física;
- Aumentar o nível de conhecimento dos idosos sobre hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão da literatura consultando-se as bases de dados do Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) relacionada com os hábitos e estilos de vida de pacientes com hipertensão arterial. Para a identificação dos artigos foram utilizados os descritores hipertensão arterial, Idosos, hábitos e estilos de vida, tratamento não medicamentoso.

Para elaboração do diagnóstico situacional foi utilizado o método da estimativa rápida examinando as fontes secundárias (Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Plano Municipal de Saúde de Ubá e consulta aos sítios do IBGE e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais), observação ativa e entrevista com informantes-chave, conforme preconiza Campos, Faria e Santos (2010) no livro texto Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde.

Após reunião com a equipe de saúde identificou-se uma série de problemas de saúde os quais foram analisados segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento conforme visualizado no Quadro 1. A partir do critério de seleção aplicado o problema priorizado foi o descontrole da pressão arterial.

Quadro 1 - Priorização dos Problemas.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Descontrole da pressão arterial	Alta	5	Dentro	1
Maus hábitos e estilos de vida.	Alta	4	Dentro	2
Tratamento inadequado do consumo de água.	Média	3	Fora	3
Destino incorreto de fezes e urina	Média	3	Fora	3
Uso indiscriminado de calmantes.	Média	2	Dentro	4

A estrutura da unidade de Saúde (ESF) colônia é inadequada.	Baixa	1	Fora	5
---	-------	---	------	---

Após definição do problema prioritário tornou-se necessário cumprir o momento explicativo, para o qual foi realizada a definição, priorização, descrição, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade dos planos e elaboração do plano operativo.

Em seguida, realizou-se o momento normativo, através da elaboração do plano de intervenção, para o qual foram utilizadas as tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade como a visita domiciliar, a consulta e grupos operativos entre outros para a realização das ações programadas no plano de intervenção.

O principal problema foi o descontrole da pressão arterial. Em uma área de abrangência com 2.539 pessoas cadastradas temos 359 hipertensos, sendo 189 do sexo feminino e 170 do sexo masculino. Neste total, destaca-se um total de 182 hipertensos idosos. Destes, observou-se que vários pacientes comparecem à consulta médica com a pressão arterial descontrolada, ou seja, maior a 140 x 90 *mmhg*.

Esse problema tem origem, principalmente, devido aos maus hábitos de vida (alimentares e sedentarismo). Os hábitos alimentares da população da área de abrangência da ESF Colônia incluem alimentos ricos em carboidratos e sal, conforme já relatado anteriormente.

Os nós críticos identificados foram aumento exagerado de peso, sedentarismo e maus hábitos alimentares e baixo nível de conhecimento dos idosos portadores de hipertensão arterial sobre a doença.

Os recursos indispensáveis para a realização desta proposta de intervenção são: materiais educativos como cartazes, panfletos, folhetos educativos e outros documentos que aludem à informação do tema.

A proposta de intervenção será monitorizada seguindo os prazos estabelecidos no plano operativo com seguimento pelos responsáveis pelas operações. Mais detalhamento sobre o plano será fornecida no Capítulo 7 – Proposta de Intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Ministério de Saúde (2014) hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, que pode levar a complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável dos 54 % das mortes por acidente vascular cerebral, 47 % das mortes por doença isquêmica do coração. A prevalência na população hipertensa urbana adulta brasileira varia de 22% a 44%, chegando a mais de 50% para indivíduos de 60 a 69 anos, e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no ano de 2000 o número de pessoas com mais de 60 anos, no Brasil, alcançava aproximadamente os 15 milhões, em 2010 teve um incremento de 8,6 % a 11 %, chegando, neste ano, a mais 20 milhões de idosos.

Segundo estimativas, em 2025 o país terá mais de 30 milhões de idosos e aproximadamente 85 % apresentarão pelo menos uma doença (IBGE, 2006). A hipertensão arterial configura-se, atualmente, como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com consequências significativas para a saúde pública.

Assim, segundo BRASIL (2006, p. 14), “hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual 140 *mmHg* e uma pressão arterial diastólica maior ou igual 90 *mmHg*”. O aparecimento da hipertensão arterial é consequência de uma combinação de fatores ambientais e predisposição genética.

Segundo Litvoc e Brito (2004), envelhecer não é adoecer, é seguir sendo, seguir existindo, realizando, criando vida, é superar os limites dos que nos antecederam e de nossa própria geração, mas o sistema de saúde brasileiro, os trabalhadores da saúde e a população brasileira, ainda precisam de mais preparação a respeito, para lograr um envelhecimento saudável. No Brasil, o crescimento do número de pessoas com sessenta anos ou mais é muito superior a de todas as demais faixas etárias, aumentando o peso dos cuidados com a saúde, é por isso que um novo saber de saúde, específico e avançado, faz-se necessário, com parâmetros técnicos, culturais, sociais e biomédicos, que tenham como foco a prevenção e a promoção da saúde.

Danieslki, Schneider e Rozza (2008) asseguram que os idosos uma vez envolvidos nos exercícios físicos reduzem sua pressão sistólica e diastólica, com taxas de mortalidade menores que as dos sedentários. Segundo Camacho e Coelho (2010), no âmbito da saúde, o idoso tem garantido a assistência nos diversos níveis de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS); prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas

e medidas profiláticas; incluir a geriatria como especialidade clínica, fazer estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação.

Adesão ao tratamento é considerada um processo complexo, que recebe influências de fatores ambientais, individuais, de acolhimento pelos profissionais de saúde nas dimensões biológica, sociológica e psicológica, que são determinantes da qualidade do cuidado prestado (PIRES; MUSSI, 2008).

Também se somam fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais, dificultando ainda mais o processo de adesão ao tratamento (HELENA; NEMES; ELUFNETO, 2009).

Segundo Riera (2000), entre os pacientes que iniciam o tratamento para o controle da HAS, entre 16% e 50% abandonam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, tornando-se prioritário aos profissionais de saúde desenvolver e programar estratégias que motivem o paciente a continuar uma determinada terapêutica farmacológica ou não, fazendo intervenções com equipe multiprofissional.

Tal panorama indica que o modo como às pessoas fazem seus tratamentos está entre os maiores desafios no enfrentamento da doença, que o tratamento adequado pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos (LESSA et al, 2006).

Segundo Gravina, Grespan e Borges (2007) o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial no idoso é realizado por meio de mudanças no estilo de vida. Essas mudanças podem prevenir ou retardar a instalação de hipertensão em idosos pré-hipertensos e reduzir níveis pressóricos elevados em idosos hipertensos. Entretanto, mudanças do comportamento habitual adquirido ao longo da vida não são facilmente realizadas, pois exigem disciplina e paciência para obter resultados. Além disso, é necessário que o idoso receba orientação e conscientização da importância do controle desses fatores para que se motive a executar tais mudanças comportamentais.

As principais modificações no estilo de vida que podem reduzir a pressão arterial são: prática de atividade física e mudança de hábitos nutricionais. A atividade física deve ser de fácil realização, com exercícios de curta duração e baixa intensidade, visando desenvolver resistência, flexibilidade articular e força muscular sem provocar lesões, e pode ser fracionada ao longo do dia, com aumento gradativo do tempo e da intensidade do exercício. Os hábitos nutricionais devem visar à redução de sódio e controle de peso. A pressão arterial aumenta progressivamente à medida que o índice de massa corporal aumenta. O idoso obeso ou com

sobrepeso se beneficiará com a redução de peso tanto quanto o jovem. Recomenda-se um programa de redução de peso que inclua atividade física e restrição de calorias para idosos com 10% acima de seu peso ideal, além de redução do sal da dieta para 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio (correspondente a uma colher de chá).

Segundo Lopes e Moraes (2015) a promoção de saúde adequada para os pacientes hipertensos como uma intervenção para a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial apresenta implicações clínicas importantes, uma vez que pode reduzir ou mesmo abolir a necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos, evitando assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o paciente e para as instituições de saúde.

Ainda segundo os autores acima, o controle não farmacológico da HA é importante e necessário, embora se mostre de difícil execução. A prevenção primária ou secundária desse fator de risco no paciente idoso deve ser iniciada o mais precocemente possível, com orientação sobre a necessidade de atividade física adequada à idade, a importância da alimentação saudável, a eficácia do abandono do tabagismo e a necessidade de um melhor controle do estresse. Em razão de sua complexidade, essas mudanças devem ser complementadas pela atuação de uma equipe multidisciplinar de saúde. É importante que, na abordagem terapêutica do paciente hipertenso, tenhamos sempre em mente a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, através de modificações dietético-comportamentais, que contribuirão, em muito, para o melhor controle da pressão arterial.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 *mmHg* de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A adesão ao tratamento da pessoa idosa com essa doença é fundamental para melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos cardiovasculares. Na intenção de identificar estratégias para promover adesão destes pacientes ao tratamento temos como objetivo para o presente estudo elaborar uma proposta de intervenção para aumentar a adesão de pacientes idosos ao tratamento não-farmacológico da hipertensão.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As intervenções realizadas na ESF devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e o modo de vida da população. Os profissionais de saúde devem realizar rotineiramente, por meio de ações do processo de trabalho da equipe, intervenções que possibilitem suporte à referida população e seus familiares. A partir desta visão a equipe da ESF Colônia organizou uma proposta de intervenção voltada para a saúde do idoso com hipertensão arterial.

Após realizar o diagnóstico situacional, percebeu-se que um dos principais problemas da área de abrangência da ESF Colônia era o descontrole da pressão arterial causada por maus hábitos e estilo de vida na população idosa. Dentre os principais fatores que influenciam no descontrole da pressão arterial, foram identificados alguns nós críticos, como: maus hábitos alimentares, sedentarismo, aumento exagerado do peso e pouco conhecimento da população quanto à sua patologia.

Segue especificado nos Quadros 1 a 4, a descrição das operações para cada “nó crítico” selecionado.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico um.” relacionado com os maus hábitos alimentares nos idosos portadores de hipertensão arterial da ESF Colônia, no município UBÁ, Minas Gerais.

Nó crítico um	Maus hábitos alimentares nos idosos portadores de hipertensão arterial.
Operação	Modificar aos hábitos alimentares nos idosos portadores de hipertensão arterial.
Projeto	Educando para modificar hábitos.
Resultados esperados	Melhorar os hábitos alimentares em 50% dos idosos portadores de hipertensão arterial.
Produtos esperados	Difusão da importância de uma alimentação saudável para os idosos portadores de hipertensão arterial.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde e Equipe multidisciplinar do NASF.
Recursos necessários	Estrutural: Recursos humanos. Cognitivo: Informação sobre o tema.

	<p>Financeiro: Para aquisição de material gráfico e informação sobre tema.</p> <p>Político: Mobilização da população, com os setores.</p>
Recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de folhetos educativos e outros documentos que aludem à informação sobre tema.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Equipe de Saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Coordenação Municipal da atenção primária à saúde e participação de equipe de saúde.
Responsáveis:	Quanto ao projeto, a responsável será a enfermeira da ESF Débora e quanto ao desenvolvimento das operações será Marcela, nutricionista do NASF. A população alvo será dividida em quatro grupos e serão trabalhados temas referentes à reeducação alimentar e bons hábitos de vida.
Cronograma / Prazo	Os encontros acontecerão na ESF Colônia quinzenalmente com duração de uma hora cada reunião, sendo que cada grupo terá três encontros com a nutricionista em um período de seis meses. Antes de cada encontro será aferido a pressão arterial e registrado em um cartão individual.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação e o acompanhamento serão realizados através de relatos dos pacientes durante o grupo educativo e através da aferição da pressão arterial. De acordo com a necessidade, haverá atendimento individualizado onde será organizado um plano alimentar específico para determinados pacientes.

Quadro 2 – Operações sobre o “**nó crítico dois**” relacionado com o sedentarismo nos idosos portadores de hipertensão arterial da ESF Colônia, no município UBA, Minas Gerais.

Nó crítico dois	Sedentarismo nos idosos portadores de hipertensão arterial
Operação	Modificar estilos de vida nos idosos portadores de hipertensão arterial.
Projeto	Movimente-se e viva melhor.
Resultados esperados	Redução de no mínimo de 15 % sedentarismo entre idosos portadores de hipertensão arterial.

Produtos esperados	Promover a importância da prática de atividade física nos idosos portadores de hipertensão arterial.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde e Equipe multidisciplinar do NASF (educador físico).
Recursos necessários	Estrutural: Recursos humanos. Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Para aquisição de material gráfico e informação sobre o tema. Político: Mobilização da população e com outros setores.
Recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de folhetos educativos e outros documentos que ajudem à informação do tema.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Coordenação Municipal da Atenção Primária à Saúde e participação de equipe de saúde.
Responsáveis:	Quanto ao projeto, a responsável será a enfermeira da ESF Débora e quanto ao desenvolvimento das operações será o educador físico do NASF. A população alvo será dividida em dois grupos e será incentivada a prática de atividade física. Serão realizados alguns exercícios no intuito de ensinar e motivar a prática dos mesmos todos os dias da semana.
Cronograma / Prazo	Os encontros acontecerão na ESF Colônia com uma frequência de dois encontros por semana com cada grupo com duração de uma hora cada sessão de atividade física. Nos demais dias da semana a atividade física será autodirigida. Antes de cada encontro será aferido a pressão arterial e registrado em um cartão individual.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação e o acompanhamento serão realizados através de relatos dos pacientes, de sua frequência no grupo de atividade física e através da aferição da pressão arterial.

Quadro 3– Operações sobre o “**nó crítico três**” relacionado com o aumento exagerado do peso nos idosos portadores de hipertensão arterial da ESF Colônia, no município UBÁ, Minas Gerais.

Nó crítico três	Aumento exagerado do peso nos idosos portadores de hipertensão arterial.
Operação	Modificar estilos de vida nos idosos portadores de hipertensão arterial.
Projeto	Peso ideal.
Resultados esperados	Redução de no mínimo 15% peso corporal dos idosos portadores de hipertensão arterial.
Produtos esperados	Promover e alcançar uma vida saudável dos idosos portadores de hipertensão arterial.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde da Família e Equipe multidisciplinar do NASF. (educador físico e nutricionista).
Recursos necessários	Estrutural: Recursos humanos. Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Para aquisição de material gráfico e informação sobre tema. Político: Mobilização da população, com os setores.
Recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de folhetos educativos e outros documentos que ajudem à informação do tema.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Coordenação Municipal da Atenção Primária à Saúde e participação de equipe de saúde.
Responsáveis:	Quanto ao projeto, à responsável será a enfermeira da ESF Débora e quanto ao desenvolvimento da operação será o educador físico e a nutricionista do NASF. Quanto ao educador físico à população alvo será dividida em dois grupos onde será incentivada a prática de atividade física, serão realizados alguns exercícios no intuito de ensinar e motivar a prática dos mesmos todos os dias da semana. Quanto à nutricionista, serão trabalhados temas referentes à reeducação alimentar, bons hábitos de vida e cálculo de IMC (Índice

	de Massa Corporal).
Cronograma / Prazo	Para este nó crítico teremos dois momentos: grupo da nutricionista e o grupo do fisioterapeuta. No encontro com o fisioterapeuta a população será dividida em dois grupos com uma frequência de dois encontros por semana com cada grupo com duração de uma hora cada sessão de atividade física. Nos demais dias da semana a atividade física será autodirigida. No grupo da nutricionista a população será dividida em quatro grupos e os encontros serão quinzenais com duração de uma hora cada reunião, sendo que cada grupo terá três encontros com a nutricionista em um período de seis meses. A cada dois meses a população será reavaliada quanto ao IMC. Antes de cada encontro será aferido a pressão arterial e registrado em um cartão individual.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação e o acompanhamento serão realizados através da avaliação periódica do IMC, de sua frequência nos grupos educativos e através da aferição da pressão arterial.

Quadro 4 – Operações sobre o “**nó crítico quatro**” relacionado ao baixo nível de conhecimento sobre a doença entre os idosos portadores de hipertensão arterial da ESF Colônia, no município UBÁ, Minas Gerais.

Nó crítico quatro	Baixo nível de conhecimento sobre a doença entre os idosos portadores de hipertensão arterial.
Operação	Mais conhecimento.
Projeto	Melhorar o conhecimento dos idosos portadores de Hipertensão Arterial, sobre esta doença.
Resultados esperados	Aumentar em 90% o número de idosos portadores de hipertensão arterial com conhecimento sobre a doença.
Produtos esperados	Promover e alcançar uma vida saudável.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde e Equipe multidisciplinar do NASF.
Recursos necessários	Estrutural: Recursos humanos. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Para aquisição de material gráfico e informação sobre o tema.

	Político: Mobilização da população, com os setores.
Recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de folhetos educativos e outros documentos que aludem à informação do tema.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Coordenação Municipal da atenção primária à saúde e participação de equipe de saúde.
Responsáveis:	Quanto ao projeto, a responsável será a enfermeira da ESF Débora e quanto ao desenvolvimento das operações será o médico da ESF Dr. Everardo e a nutricionista do NASF, Marcela. A população alvo será dividida em quatro grupos onde serão discutidos temas referentes à como minimizar as possíveis complicações da doença, a causa da patologia e seus fatores de risco, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, importância da adesão ao tratamento, hábitos e estilo de vida.
Cronograma / Prazo	Para este nó crítico, a população alvo será dividida em quatro grupos. Os encontros acontecerão na ESF Colônia quinzenalmente com duração de uma hora cada reunião, sendo que cada grupo terá três encontros com a nutricionista e o médico em um período de seis meses. Antes de cada encontro será aferido a pressão arterial e registrado em um cartão individual.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação e o acompanhamento serão realizados através de relatos dos pacientes durante o grupo educativo e através da aferição da pressão arterial.

Uma vez identificados os nós críticos que influenciam no descontrole da pressão da pressão arterial, é possível executar a proposta de intervenção que visa o controle da mesma não somente através do tratamento medicamentoso, mas também através de educação em saúde. Esta proposta de intervenção é um trabalho a ser realizado pela equipe da ESF Colônia em parceria com a equipe multidisciplinar do NASF, a fim de minimizar as possíveis complicações apontadas pelos nós críticos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial representa um grave problema de saúde pública. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande quantidade de pacientes hipertensos que apesar de ter um tratamento medicamentoso adequado, continuam com cifras tensionais elevadas porque não aderem ao tratamento não medicamentoso. Por ser uma causa relevante de mortalidade, a hipertensão arterial vem exigindo de todos os profissionais na área de saúde, desde médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS, a identificação e atuação sobre os fatores de riscos, de maus hábitos e estilos de vida e outros fatores que podem provocar nos idosos portadores de hipertensão arterial um descontrole de suas cifras tensionais e com eles minimizar a incidência do problema.

Realizar esta proposta de intervenção para melhorar o tratamento não medicamentoso nos idosos é de grande importância para a ESF porque nos permite melhorar hábitos e estilos de vida dos idosos com hipertensão arterial, e lhes permite maior controle de suas cifras tensionais e melhor qualidade de vida. A hipertensão arterial tem sido reconhecida como o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, proporcionando o aparecimento de doenças associadas.

Vale ressaltar que a não adesão do paciente ao tratamento não medicamentoso tem se constituído como um grande desafio para os profissionais de saúde da ESF. Enfim, todos os resultados apresentados nos estudos demonstram a necessidade da implementação de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 2, n. 63, p. 279-784, 2010.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p
- DANIELSKI K, SCHNEIDER F, ROZZA G. S. **Promoção da saúde: Implementação do grupo de caminhada no Programa de Saúde da Família-PSF**. Saúde Coletiva-5 Anos. 26. ed. São Paulo: Editora Bolina. 2008.
- GRAVINA, C. F; GRESPAN, S. M; BORGES, J. L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev. bras. hipertensão**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 33-36, jan.-mar., 2007.
- HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I., ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. **Saúde soc.**, v 19, n3, p. 614-26, 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. [página na internet]. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em: maio 2015.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Síntese das Informações. 2015**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316990&search=minas-gerais|uba>>. Acesso em: 01 jun. 2015.
- LESSA, I.; MAGALHÃES, L; ARAUJO, M. J. et. al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. **Arq. bras. cardiol.**, Rio de Janeiro, vol. 87, n.6, p. 747-56, 2006.
- LITVOC, J; BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu; p. 226, 2004.
- LOUISY, O. L; ELZIRA, D.M. **Tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial**. Disponível em: HTTP://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf. Acesso em: maio 2015.
- MARIA, J. C. L. S.; ÁDILLA, K. G. E. **Investigação da hipertensão arterial em idosos da cidade de cedro – PE** . Disponível em:

<http://www.fachusc.com.br/artigos_tecnicos/Investigacao_da_hipertensao_arterial_em_idosos_em_Cedro_PE.pdf>. Acesso em: maio 2015.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1-12, out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: maio 2015.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Cienc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 2257-67, 2008.

RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial**: conceitos práticos e terapêuticos. São Paulo: Atheneu; 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**, 2013. Disponível em: <<http://www.uba.mg.gov.br/>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiás, v.6, n.3, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/03_original.html>. Acesso em: maio 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2010 Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em: maio de 2015.

WESCHESFELDER, M. D; GUE MARTINI, J. Hipertensão Arterial: Principais fatores de riscos modificáveis na estratégia Saúde de Família. **Enferm. glob.**. Murcia.v. 11.n.26. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf>. Acesso em: maio 2015.