

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

**MAYDEL GONZALEZ RODRIGUEZ**

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS, NA EQUIPE  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA N. 1, RESSAQUINHA -  
MINAS GERAIS: Projeto de intervenção**

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS**

**2016**

**MAYDEL GONZALEZ RODRIGUEZ**

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS, NA EQUIPE  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA N. 1, RESSAQUINHA -  
MINAS GERAIS: Projeto de intervenção**

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

Orientadora: Profa. Elaine Leandro Machado

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS**

**2016**

**MAYDEL GONZALEZ RODRIGUEZ**

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS, NA EQUIPE  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA N. 1, RESSAQUINHA -  
MINAS GERAIS: Projeto de intervenção.**

Banca Examinadora

Profa. Elaine Leandro Machado - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 24/ 01 /2016

## **DEDICATORIA**

A minha família pelo amor, compreensão e apoio diário.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores do curso de especialização pelos ensinamentos e apoio.

A minha orientadora, profa. Elaine Leandro Machado por suas recomendações, ensinamentos e paciência.

Aos integrantes da equipe de saúde que ajudaram no desenvolvimento deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um importante problema de saúde pública. O controle adequado dos pacientes com hipertensão deve ser uma das prioridades da Atenção Básica, a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Devido ao alto índice de morbidade por hipertensão arterial na população da Equipe de Saúde da Família n.1 do município de Ressaquinha, considerando os hábitos e estilos de vida inadequados e baixo nível de informação sobre os fatores de risco, a equipe escolheu a hipertensão arterial como problema a ser discutido. O objetivo principal foi propor um projeto de promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertensos, na referida população. Na realização deste trabalho, foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional. Foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para subsidiar a elaboração do plano de ação. Foi também utilizado os dados da estimativa rápida e para o diagnóstico dos problemas foram usadas técnicas qualitativas e quantitativas tais como (observação ativa, revisão de fontes primárias existentes, entrevistas, informantes chaves). Finalmente, com os problemas identificados foi elaborada a proposta de plano de ação baseada essencialmente nos princípios de educação para saúde, conforme prevêem as diretrizes do Programa de Saúde da Família. Foi priorizado o problema “alta prevalência por hipertensão arterial”, como nós críticos foram considerados hábitos e estilo de vida inadequada, baixo nível de informação sobre os fatores de riscos e estrutura dos serviços de saúde. As operações propostas para o enfrentamento dos “Nós Críticos” foram: modificar hábitos e estilo de vida, aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco e melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial.

**Palavras- chave:** Hipertensão. Fatores de Risco. Planejamento Estratégico.

## ABSTRACT

The Hypertension has a high prevalence and low rates of control and is considered an important public health problems. Adequate control of patients with hypertension should be a priority for Primary Care, to assume that early diagnosis, good control and proper treatment of this disease are essential for reduction of adverse cardiovascular events. Due to high blood pressure for morbidity in the population of the Family Health Team n.1 of the municipality of Ressaquinha considering the habits and inappropriate lifestyles and low level of information about risk factors, the team chose high blood pressure as a problem to be discussed. The main objective was to propose a health promotion project to improve the quality of life of hypertensive patients in that population. In this work, we used the situational strategic planning method. A literature review was conducted in the Virtual Health Library to support the development of the action plan. It was also used data from the flash estimate and diagnosis of the problems were used qualitative and quantitative techniques such as (active observation, existing primary sources of review, interviews, key informants). Finally, with the problems identified was elaborated the draft plan of action based essentially on the principles of health education, as provided for by the guidelines of the Family Health Program. Has prioritized the issue "high prevalence of hypertension," as critics we were considered inadequate habits and style of life, low level of information on the risk factors and structure of health services. Proposals for dealing operations of "We Critics" were: changing habits and lifestyle, increase the population level of information about risk factors and improve the structure of the service for the care of patients with Hypertension.

**Key words:** Hypertension, risk factors. Strategic Planning.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Seleção de prioridades para os problemas identificados.....	26
Quadro 2 - Situação dos hipertensos na ESF1, Ressaquinha.....	27
Quadro 3 - Hábitos e estilos de vida inadequados.....	31
Quadro 4 - Baixo nível de informação sobre os fatores de risco.....	32
Quadro 5 - Estrutura inadequada dos serviços saúde.....	33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
3.1 Geral.....	13
3.2 específicos.....	13
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
5.1. Hipertensão: definição e tratamento.....	15
5.2 Perfil epidemiológico.....	19
5.3 Ações de promoção a saúde para enfrentamento da HAS.....	22
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e considera-se o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006)

Segundo publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006, p. 9).

Ressaquinha é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais, com uma população total de 4.755 habitantes, localizado na mesorregião dos Campos das Vertentes e a microrregião de Barbacena, na região sul do estado, esta situada a 154 km da capital do estado, Belo Horizonte. São cidades limítrofes do município Ressaquinha: ao norte com Carandaí; ao sul com Alfredo Vasconcelos; ao leste com Barbacena ao oeste com Senhora dos Remédios.

Ressaca, proveniente de "Rés Sacra, coisa sagrada". Ressaquinha nasceu a 6 km de Ressaca, banhada pelo rio do mesmo nome. Ressaquinha é devido a uma pequena ressaca num encontro de água de dois rios. Em seu território nasce o Rio Doce um dos mais importantes do país. Seu primeiro nome foi Encruzilhado do Campo (IBGE, 2014).

A área de abrangência da ESF n. 1 está constituída pela área urbana de Ressaquinha com 12 bairros. A comunidade urbana consta com 2839 moradores atendidos por uma equipe de ESF constituída por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

Nas últimas administrações tem tido algum investimentos públicos na comunidade, em função da pressão da associação comunitária, que é muito ativa. A população tem muito apreço pela unidade básica de saúde.

Os dados coletados foram conseguidos a partir de entrevistas com informantes chaves da população e trabalhadores de saúde, observação não participativa, e revisão de prontuários de pacientes.

A Unidade Básica de Saúde funciona de segunda a sexta de 08:00 as 12:00 horas e das 13:00 as 16:00 horas. A unidade tem atendimento semanal de um cardiologista, de um ginecologista e uma pediatra.

As principais doenças da comunidade são as doenças crônicas, onde a hipertensão arterial tem alta prevalência em maiores de 15 anos, são significativas as condições nas que se encontram os pacientes, muitos descontrolados, com medicamentos mal administrados com doses incorretas, falta de informação educativa e a existência de muitos fatores de risco associados.

Diante do exposto, a equipe escolheu a hipertensão arterial sistêmica como problema a ser discutido para a elaboração do plano de intervenção.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por seu importante papel como fator de risco de outras doenças revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. Dentre os diversos indicadores de risco que contribuem para o desenvolvimento da HAS em adultos destacam-se os fatores de risco não modificáveis como a idade, gênero e etnia, e os fatores de risco modificáveis como o excesso de peso e obesidade, sedentarismo, ingestão excessiva de sal e de álcool, (NOBRE, 2010).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 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. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. (NOBRE, 2010, p. 7).

Diante deste cenário, nacional e local, o trabalho trata do tema da hipertensão sob um enfoque específico de propor um plano de promoção de saúde para melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertensos, na equipe Saúde da Família n.1 do município Ressaquinha.

Este trabalho permite conhecer as características socioeconômicas e culturais de nossa população assim como dados sobre as condições crônicas de saúde, ou seja, as condições de maior prevalência na população. Conhecer esse perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares como a HAS é necessário, para prevenir suas complicações, além de subsidiar estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, reduzindo assim número exagerado de internações e atendimentos que provocam gastos nos pacientes e no sistema. Dessa forma, o tratamento efetivo e ações de promoção da saúde, enfocando a hipertensão arterial podem reduzir de forma drástica a morbimortalidade cardiovascular.

A equipe tem recursos humanos e materiais para fazer o projeto e desenvolver estratégias para sua abordagem que permitam melhora na qualidade de vida dos indivíduos, as famílias e a comunidade em geral.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Propor um projeto de promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida de pacientes hipertensos, na Estratégia de Saúde da Família n. 1 do município Ressaquinha, Minas Gerais.

#### **3.2 Específico**

- Determinar a prevalência da Hipertensão Arterial na população adstrita da Estratégia de Saúde da Família n. 1

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da Análise de Situação da Saúde local foi utilizado o método da Estimativa Rápida. Para o diagnóstico dos problemas foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para elaborar plano conforme proposto na disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a identificação dos problemas é necessária a priorização do problema a ser abordado utilizando três critérios: Importância do problema (classificada em alta, meia e baixa), capacidade de enfrentá-los (com capacidade, fora e parcial) e urgência, distribuindo pontos entre 0e 10 pontos segundo (Muita urgência: 10, Pouca urgência: 5, Não urgência: 0).

Cada problema se aplicou os critérios de seleção e finalmente a seleção do problema priorizado.

Além disso, foram utilizados os dados dos bancos de dados do município: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde ( DATASUS) no período de janeiro a junho/20014.

Foi também feita uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Fatores de Risco.

Planejamento Estratégico

## **5 REVISÃO DE LITERATURA.**

### **5.1 Hipertensão: definição e tratamento.**

A Hipertensão Arterial é uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associados a alterações funcionais e estruturais dos órgãos alvo como coração, encéfalo e rins, além de alterações metabólicas com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares. A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (NOBRE, 2010).

Com relação à linha demarcatória que define HAS, a Linha Guia de Atenção a Saúde do Adulto (MINAS GERAIS, 2013) considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial.

Para a medida da pressão é importante que se explique previamente todo o procedimento ao paciente. Deve-se certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos ou não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida. Recomenda-se que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. O paciente deve ser orientado a não falar no momento da medição. A partir desse procedimento, determina-se a pressão sistólica no aparecimento do primeiro som, com a velocidade da deflação, e a diastólica, no desaparecimento do som. Deve-se auscultar mais um pouco até confirmar realmente o desaparecimento do som, e, depois, fazer a deflação completa. Verificando que os batimentos persistem até o

nível zero, determina-se a pressão diastólica no abafamento dos sons. A partir desses procedimentos, os valores devem ser registrados e deve-se orientar o paciente no que for necessário (KOHLMANN *et al.*, 1999).

### **5.1.2 Tratamento Não-Medicamentoso ou Modificações do Estilo de Vida**

O tratamento não medicamentoso é fundamental na abordagem da Hipertensão arterial, sendo eficaz na prevenção e no tratamento da HAS, além de potencializar o tratamento medicamentoso (MINAS GERAIS, 2013).

As ações de prevenção da hipertensão arterial têm impacto na melhoria da qualidade de vida dos hipertensos, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas ações objetivam estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição individual e coletiva aos fatores de risco implicados no surgimento da hipertensão arterial. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e evitar estresse (MINAS GERAIS, 2013).

#### **Redução do Peso Corporal**

O aumento do peso tem forte correlação com o aumento da pressão arterial. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso com o objetivo alcançar Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2006, p. 25).

#### **Redução na Ingestão de Sal/Sódio**

O sal (cloreto de sódio — NaCl) há muito tempo tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial. Hoje em dia, a literatura mundial é praticamente unânime em considerar a forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial. Dietas com baixo teor de sódio promovem rápida e importante redução de PA em hipertensos resistentes. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na

quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a pressão arterial. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5g de cloreto de sódio ou sal de cozinha. O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado. Recomenda-se que a ingestão de sal não ultrapasse 5 gramas por dia, o que corresponde a três colheres de café rasas de sal (totalizando 3 gramas) mais 2gramas de sal dos alimentos (MINAS GERAIS, 2013)

### **Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas**

O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica, aumenta a prevalência de hipertensão, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva. Para os hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebida alcoólica, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml de etanol/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho, ou 720 ml de cerveja. Em relação às mulheres e indivíduos de baixo peso, a ingestão alcoólica não deve ultrapassar 15 ml de etanol/dia. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006).

### **Exercício Físico Regular**

O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. (BRASIL, 2006)

Recomenda-se estimular a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por pelo menos 30 minutos por dia, 5 vezes/semana, para prevenção, e diariamente, para o tratamento da HAS. A recomendação é de que inicialmente os indivíduos realizem atividades leves a moderada somente após estarem adaptados, caso julguem confortável e não haja nenhuma contra-indicação, é que podem ser iniciadas as atividades vigorosas (MINAS GERAIS, 2013).

## **Abandono do Tabagismo**

O tabagismo é a mais importante causa modificável de morte, constitui fator de risco maior para doenças cardiovasculares, a cessação do uso de tabaco se associa com redução da morbimortalidade geral, por doenças cardiovasculares e por câncer (MINAS GERAIS, 2013).

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. (BRASIL, 2006).

## **Medidas Anti estresses**

Os efeitos do estresse psicossocial participam do desencadeamento e manutenção da hipertensão arterial e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento. Técnicas de relaxamento, tais como yoga, "biofeedback", meditação, musicoterapia, entre outras técnicas de controle do estresse, foram capazes de reduzir discretamente a pressão arterial de pacientes hipertensos (NOBRE, 2010).

### **5.1.3 Tratamento Medicamentoso.**

O objetivo principal do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, independentemente da classe de medicamentos utilizados (NOBRE, 2010).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular, considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial (MINAS GERAIS, 2013, p.54).

## **Princípios Gerais do Tratamento Medicamentoso.**

O medicamento deve ser eficaz por via oral e ser bem tolerado, colocando o menor número possível de tomadas diárias e as menores doses efetivas, podendo ser

aumentadas gradativamente e/ou associar-se a outro hipotensor de classe farmacológica diferente, respeitando um período mínimo de 4 semanas para se mudar o tratamento com aumento da dose e ou a associação de drogas, salvo em situações especiais. É importante orientar o paciente sobre a doença, características e uso adequado dos medicamentos utilizados além de considerar as condições socioeconômicas (NOBRE, 2010).

Os medicamentos anti-hipertensivos de uso corrente em nosso meio podem ser divididos em 6 grupos:

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina.
- Antagonistas dos canais de cálcio.
- Antagonistas do receptor da angiotensina II.

O tratamento deve ser individualizado e a escolha deverá ser pautada nos princípios gerais e basear-se no mecanismo fisiopatogênico predominante, nas características individuais, nas doenças associadas, nas condições socioeconômicas e na capacidade de o medicamento influir sobre a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. Além do controle da pressão arterial, já mencionado, os anti-hipertensivos também devem ser capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares dos hipertensos (KOHLMANN *et al.*, 1999).

## **5.2 Perfil epidemiológico.**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) exercem papel muito importante no perfil atual de saúde das populações humanas. Estimativas apontam que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença (MOURA *et al.*, 2008).

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível (CASADO *et al.*, 2009).

A magnitude do grupo dessas doenças vem sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, está a Hipertensão Arterial Sistêmica (CASADO *et al.*, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associada freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (NOBRE, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo e constitui 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 (BRASIL, 2006).

Considerada um problema de saúde pública, a hipertensão é um fator de risco bem estabelecido para as doenças cardiovasculares. Sua prevalência sofre influência de uma série de fatores de risco, como idade, estado nutricional, gênero, etnia, ingestão de sal, de álcool e posição socioeconômico (OLMOS e LOTUFO, 2002). Esses fatores de risco 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente

cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces (ZAITUNE, *et al.*, 2006).

A prevenção, detecção precoce e acompanhamento adequado são as formas mais efetivas de evitar a hipertensão e as suas complicações, o trabalho da equipe multiprofissional contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla da doença, dando lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

A Hipertensão Arterial acomete homens e mulheres de qualquer raça ou classe econômica, no Brasil atinge 30% da população adulta. Na população acima de 60 anos a hipertensão atinge 50% das pessoas e da população jovem – crianças e adolescentes –, aproximadamente 5% são hipertensos; e é considerada um dos principais fatores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares – AVC e infarto do Miocárdio sendo responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Segundo Passos *et al.* (2006) a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão.

No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas em 2002 indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crônicas, entre elas a hipertensão. Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. (PASSOS, *et al.*, 2006)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que no Brasil há aproximadamente 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, o que corresponde a 35% da população de 40 anos e mais. Já existem dados que apontam que cerca de 4% de crianças e adolescentes já apresentam a doença. A hipertensão arterial é, pois, um grave problema de saúde pública no país.

Kohlmann Júnior *et al.* (1999) afirmam que a doença gera alto custo social no país, pois já é responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce ou afastamentos por licença de saúde no trabalho.

O Ministério da Saúde afirma:

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006, p. 7).

### **5.3 Ações de promoção a saúde para enfrentamento da HAS.**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica e fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doenças renais crônicas, que podem levar a morte, sendo um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Dentre os fatores de risco da doença se enquadram: o alto consumo de sal cuja influência varia individualmente, o excesso de peso, responsável por 20% a 30% dos casos, sedentarismo e a ingestão de álcool que se associa ao índice de mortalidade cardiovascular bem como o tabagismo (KOHLMANN *et al.*, 1999).

As ações de prevenção da hipertensão arterial têm impacto na melhoria da qualidade de vida dos hipertensos, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas ações objetivam estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição individual e coletiva aos fatores de risco implicados no surgimento da hipertensão arterial. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e evitar estresse (MINAS GERAIS, 2013).

Segundo Oliveira *et al.* (2013), o controle de fatores como o consumo de álcool, obesidade, uso de tabaco, dieta não balanceada e ausência de prática de atividade física, deve estar associado a medidas farmacológicas e principalmente ao tratamento não medicamentoso.

A principal medida de prevenção da hipertensão diz respeito ao consumo do sal. Já existe uma intervenção governamental em torno do uso do sódio na fabricação de alimentos. Medidas legais, de acordo com o Ministério da saúde (2015), foram tomadas, referentes a acordos fechados com indústrias de alimentos para a redução do teor de sódio – tendo em vista que 40% do sal é composto por sódio – em 16 categorias de alimentos industrializados (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), compromete-se a elaborar o Plano Nacional de Redução do Consumo de Sal, a monitorar o teor de sódio nos alimentos processados, a acompanhar as tendências de consumo alimentar da população e a avaliar o impacto da redução desse consumo nos custos do Sistema Único de Saúde (SUS) e na incidência de doenças crônicas. O compromisso prevê uma redução gradual da taxa de sódio para ser cumprida até 2012 e, depois, intensificada nos dois anos seguintes. No caso das massas instantâneas, a meta é uma queda de 30% na quantidade de sódio em um ano, ou seja, limitada a 1,9 grama até 2012 (BRASIL, 2011).

Segundo Nilson *et al.* (2012), nas últimas décadas, o consumo de sal na maioria dos países tem sido excessivo, variando de 9 a 12 g por pessoa por dia. Em contraste, a

Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma ingestão diária, para adultos, de no máximo 5 g de sal (equivalentes a 2 000 mg de sódio). Para crianças e adolescentes, os limites máximos de consumo de sódio e sal são ainda menores, visto serem populações mais vulneráveis. A redução do consumo nessas faixas etárias precoces representa melhoria da saúde cardíaca na vida adulta. Também existem evidências, em modelos animais, de que o consumo de sódio na gravidez pode determinar um aumento da preferência por sódio na fase adulta nos descendentes, indicando a necessidade de maior atenção também às gestantes. Além disso, a literatura aponta uma associação entre o consumo excessivo de sódio e o desenvolvimento de doenças crônicas, desde a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares até o câncer de estômago, doenças renais e osteoporose, entre outros.

Desde 2010, o governo brasileiro promove, por meio do Ministério da Saúde, discussões com instituições e organizações envolvidas direta e indiretamente na agenda de redução do consumo de sódio. Os objetivos desses seminários nacionais têm sido a sensibilização e a discussão com potenciais parceiros dos setores pública e privada, tais como representantes de outros ministérios, órgãos e agências governamentais, do setor produtivo, de associações de defesa dos consumidores, de sociedades médicas e da academia. Além disso, os seminários serviram para definir os eixos prioritários de ação para a redução do consumo de sódio no país: Aumento da oferta de alimentos saudáveis (básicos ou minimamente processados), reformulação de alimentos processados, comunicação e sensibilização da população, dos profissionais de saúde e dos manipuladores de alimentos e orientação sobre o uso da rotulagem nutricional dos alimentos industrializados (NILSON *et al.*, 2012).

Sabe-se que existem fatores de gêneros e etnias que determinam a hipertensão, além dos fatores genéticos, por isso, é importante que os hábitos saudáveis de vida sejam considerados e praticados para a prevenção e tratamento da doença. (NOBRE, 2010).

Molina *et al.* (2003) acrescenta a ingestão de uma dieta rica em frutas e verduras e pobre em gorduras como fundamental e enfatiza como alarmante a questão do consumo do sal na população urbana, agravando os casos de hipertensão arterial.

Assim, além de se evitar o consumo do sal em excesso, deve-se ficar atento à obesidade, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas por longo período de tempo e também o sedentarismo. A prática de atividades físicas, como a caminhada, corrida, esportes etc. é recomendável (NOBRE, 2010).

## 6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação foi desenvolvido seguindo as seguintes fases:

### Momento Explicativo do Planejamento Estratégico em Saúde

#### Primeiro passo: identificação dos problemas de saúde

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Alto índice de morbidade por hipertensão arterial.
- População predominantemente idosa.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Fornecimento de água no tratado.
- Comunidades sem redes de esgoto.
- Comunidade sem iluminação pública.
- Os meios de comunicação são escassos.
- Baixo nível de escolaridade em população idosa. Área geográfica muito extensa.

#### Segundo passo: Priorização de problemas

Quadro 1- Seleção de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da ESF n. 1, Ressaquinha MG, 2014

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade para enfrentá-los	Seleção
Alto índice de morbidade por hipertensão arterial.	Alto	10	Parcial	1
População predominantemente	Alto	10	Parcial	2

idosas.				
Fornecimento de água não tratada.	Alta	7	Parcial	4
Comunidade sem iluminação pública.	Média	7	Parcial	8
Os meios de comunicação são escassos.	Alta	9	Fora	5
Baixo nível de escolaridade em população idosa.	Média	6	Fora	6
Área geográfica muito extensa.	Média	6	Fora	9
Comunidades sem redes de esgoto.	Média	6	Parcial	7
Hábitos e estilos de vida inadequados	Alta	9	Parcial	3

### 6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Para a descrição do problema só utilizamos os poucos dados que foram produzidos pela própria equipe.

**Descrição do problema:** Alto índice de morbidade por hipertensão arterial.

Quadro2: Situação do pacientes hipertensos na ESF n.1, Ressaquinha, 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	500	Prevalência média dos pais 33,1%

Hipertensos cadastrados	451	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados	451	Registro da equipe
Hipertensos descontrolados	90	Registro da equipe

#### 6.4 Quarto passo: explicação do problema

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator de risco bem estabelecido para todas as manifestações da doença aterosclerótica, podendo ocasionar diversas complicações para o indivíduo, entre as quais: acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

O objetivo primordial do tratamento é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade.

A hipertensão arterial tem complicação que muitas vezes levam a morte dos pacientes; o descontrole do nível pressórico é responsável no desenvolvimento da doença e as complicações, também os pacientes ficam com deficiente qualidade de vida, este descontrole é favorecido por múltiplas causa como:

Muitos pacientes desconhecem:

- As principais complicações da doença.
- Influencia dos fatores de riscos no controle.
- Importância da adesão ao tratamento.
- Importância de cumprimento da dieta.

- Importância de controle do peso e pratica de exercício físico.
- Importância do acompanhamento do paciente pela equipe de saúde.  
só,incapacitados e não podem ler os tratamentos )

#### Problemas de atitude dos pacientes e profissionais da saúde

- Insuficiente realização de exercício físico.
- Os pacientes não fazem a dieta prescrita por os profissionais de saúde.
- Ausências a consultas agendadas.
- Não estratificação de risco nos pacientes.
- Pouca atividade educativa dos profissionais de saúde.
- Falta de estratégias de reabilitação na maioria dos pacientes.

#### Problemas estruturais

- Poucas condições em locais adaptados para consulta.

#### Procedimentos.

- Deficiências no acompanhamento de alguns destes pacientes segundo programa de hipertensão.
- Protocolos de tratamento inadecuados por alguns profissionais de saúde, com uso de muitos medicamentos em dosagem insuficientes para várias doenças e sintomas, que não possibilitam o cumprimento deste.

#### Outras.

- Causas genéticas.

Na minha comunidade existe uma elevada morbidade por enfermidades crônicas como hipertensão arterial, a qual está associada a hábitos e estilos de vida inadequados como: mau hábito alimentar, sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, estresse crônico, etc., além de baixo nível de conhecimento sobre as condições crônicas e fatores de risco associados.

## **Conseqüências da alta morbidade por hipertensão arterial**

Descontrole dos níveis pressóricos nos pacientes ⇒ aumento dos fatores de risco cardiovascular ⇒ aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM, IVP, retinopatia y nefropatia.) ⇒ aumento de atendimentos e internações, invalidez ⇒ diminuição da qualidade de vida dos pacientes ⇒ aumento da demanda e gastos econômico e de recursos para os pacientes e o sistema de saúde e previdenciário, e óbitos.

### **6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos.**

1. Hábitos e estilos de vida inadequados: máos hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo.
2. Baixo nível de informação sobre os fatores de riscos.
3. Estrutura dos serviços de saúde.

### **6.6 Sexto passo: Desenho das operações**

No sexto passo, foi realizado o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos, de acordo com Campos; Farias e Santos (2010):

- Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”.
- Identificar os resultados e produtos esperados para cada operação definida.
- Identificar os recursos necessários para concretização das operações.

Foram pensadas estratégias e metas estabelecidas pela Equipe de Saúde n.1 de Ressaquinha para uma intervenção a ser realizada em prol dos hipertensos assistidos pela referida Unidade de Saúde da Família. Essas estratégias serão expressas a seguir, considerando cada nó crítico já mencionado neste trabalho.

Quadro 3 – Operações sobre os hábitos e estilo de vida inadequados, na população hipertensa sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família n. 1, em Ressaquinha, Minas Gerais, 2014.

<b>Nó crítico1</b>	Hábitos e estilo de vida inadequados.
<b>Operação</b>	Modificar hábitos e estilos de vida.
<b>Projeto</b>	Saúde e vida.
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir o número de hipertensos, sedentários, tabagistas e obesos.
<b>Produtos esperados</b>	Programação de caminhadas e ginástica orientada. Campanha educativa na radio local. Programa de alimentação saudável, com ênfase maior na diminuição de sal e gorduras; tabagismo e alcoolismo.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica, enfermeiro, professor de atividades físicas.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: organizar programa de caminhadas Cognitivo: conhecimento necessário por parte da equipe sobre o tema e estratégias de abordagem. Político: espaço na radio local, conseguir local propício para realização das atividades. Financeiro: aquisição de material didático.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: aquisição de material didático. Político: conseguir o espaço na radio local.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Setor de Comunicação Social, Secretário de Saúde. Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o projeto para secretaria de saúde.
<b>Responsáveis:</b>	Medica: Maydel Gonzalez Rodriguez. Enfermeiro: Isaias de Oliveira. Profissional de Educação física. Nutricionista.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 03 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	1. Programa de caminhada orientada. Responsável: professor atividades físicas. Prazo: 3meses.

	<p>Situação atual: Programa implementado nas micro áreas.</p> <p>2. Campanha educativa na radio local.</p> <p>Responsável: médica. Prazo: 3meses. Situação atual: Atrasado. Justificativa: falta definição de horário pela emissora local. Novo prazo:1mês.</p> <p>3. Programa de alimentação saudável.</p> <p>Responsável: enfermeiro. Prazo: 3meses. Situação atual: Atrasado. Justificativa: dificuldade na comercialização. Novo prazo: 2meses.</p>
--	---

Quadro 4 – Operações sobre o baixo nível de informação sobre os fatores de risco na população hipertensa sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família #1 em Ressaquinha, Minas Gerais, 2014.

<b>Nó crítico 1</b>	Baixo nível de informação sobre os fatores de risco.
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco.
<b>Projeto</b>	Saber mais.
<b>Resultados esperados</b>	População mais informada sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliação do nível de informação sobre fatores de risco. Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos ACS e de cuidadores.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica, enfermeiro.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Político: Articulação intersetorial (setor educação) e

	mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	Político: articulação intersetorial.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Educação, Secretário de Saúde Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o projeto à Secretaria de Educação, à Secretário de Saúde.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de Saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	12 meses subseqüentes.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre fatores de risco. Responsável: Médica. Prazo: 9meses. Situação atual: projeto elaborado.</p> <p>Campanha educativa na radio. Responsável: Enfermeiro. Prazo: 3meses. Situação atual: Em execução.</p> <p>Capacitação dos ACS e de cuidadores. Responsável: Enfermeiro. Prazo: 2meses. Situação atual: Em execução.</p>

Quadro 5 – Operações sobre estrutura inadequada dos serviços saúde, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família #1 em Ressaquinha, Minas Gerais, 2014.

<b>Nó crítico 1</b>	Estrutura inadequada dos serviços saúde.
<b>Operação</b>	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial.
<b>Projeto</b>	Cuidar Melhor.
<b>Resultados esperados</b>	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.
<b>Produtos esperados</b>	Contratação de compra de medicamentos, exames e consultas especializadas.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Prefeito Municipal.

	Secretário Municipal de Saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Elaboração do projeto de estruturação e renovação dos serviços de saúde. Financeiro: disponibilização a realização de exames e distribuição de medicamentos. Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
<b>Recursos críticos</b>	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: disponibilização a realização de exames e distribuição de medicamentos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Prefeito Municipal, Secretário de Saúde. Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar projeto de estruturação à Secretaria de Saúde, solicitando aprovação.
<b>Responsáveis:</b>	Médica Enfermeiro Secretário de Saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	2 meses para apresentação do projeto 6 meses para aprovação e liberação dos recursos para compra de equipamentos, materiais e medicamentos Início em 2 meses e término em 8 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	1. Contratação de compra de medicamentos, exames e consultas especializadas. Responsável: Enfermeiro.  Prazo: 6 meses.  Situação atual: Projeção de demanda e estimativa de custos realizada.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu que a ESF, conhecesse a realidade da área de abrangência da equipe, às doenças crônicas que acometem a população e fatores de riscos associados. Realidade, que não se difere da realidade brasileira, onde a incidência das doenças crônicas principalmente a hipertensão arterial é bastante elevada.

Serão realizadas diversas atividades educativas, visitas domiciliares e outras intervenções que podem ser avaliadas à medida que serão desenvolvidas, incorporando bons hábitos e estilos de vida, melhorando o nível de esclarecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial e seus fatores de riscos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Espera-se, que a equipe, com o apoio de investimentos municipais em saúde, através do plano de ação consiga mudar o cenário da saúde do município de Ressaquinha nos próximos meses e anos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção Básica-DATASUS. **Informações estatísticas**. 2014b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. (Série Cadernos de Atenção Básica Número 15). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad15.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf)> Acesso em: 10 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde anuncia dados da hipertensão no País**. Portal Brasil, 25/04/2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/04/saude-anuncia-dados-da-hipertensao-no-pais>> Acesso em 10 de Março de 2015.

CAMPOS, F.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **RESSAQUINHA: DADOS ESTATÍSTICOS**. Portal IBGE Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315420&search=mi-nas-gerais|ressaquinha>> Acesso em 20 de março de 2015.

KOHLMANN JÚNIOR, O.; GUIMARÃES, A. C.; CARVALHO, M. H. C.; CHAVES JÚNIOR, H. C.; MACHADO, C. A.; PRAXEDES, J. N.; SANTELLO, J. L.; NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 43, n. 4, p. 257-286, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27301999000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004)> Acesso em: 01 de maio de 2015.

LIMA, L. P. M.; GAZETTA, C. E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 14, n. 2, p. 88-94, 2007. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-2/IIDD202.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD202.pdf)> Acesso em 20 de abril de 2015.

LOURDES, D. L. *et al.* Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.78, n.5, p. 525-530, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000500012&script=sci_arttext)> Acesso em 30 de abril de 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde do adulto**: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica. 3 ed. (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p.

MOURA, E. C. *et al.* Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, supl. 1, p. 20-37, ano 2008.

MOLINA, M. C.; CUNHA, R. S.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102003000600009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102003000600009&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 05 de maio de 2015.

NILSON, E. A. F.; JAIME, P. C.; RESENDE, D. O. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. **Rev Panam Salud Publica**. v.34, n. 4, p. 287-92, 2012.

NOBRE, Fernando. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p. 1-51, 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: 31 de Mar. 2015.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enferm**. v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 10 maio. 2015.

OLMOS, R. D.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil e no mundo. **Rev Bras Hipertens**. V. 9, n. 1, p. 21-23, 2002.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 15, n.1, p. 35 – 45, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95, (1 supl.1), p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão.** 2014. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 01 jan. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Hipertensão; *Sociedade Brasileira de Cardiologia*; Sociedade Brasileira de Nefrologia V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** . 2006.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.