

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

REBECA MARIA VERDECIA GARCIA

**PROMOÇÃO DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE JOSÉ PERSEU VAZ, MUNICÍPIO JOÃO PINHEIRO/MG**

UNAÍ – MINAS GERAIS

2016

REBECA MARIA VERDECIA GARCIA

**PROMOÇÃO DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE JOSÉ PERSEU VAZ, MUNICÍPIO JOÃO PINHEIRO/MG**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Marta Amâncio Amorim.

UNAÍ – MINAS GERAIS

2016

REBECA MARIA VERDECIA GARCIA

**PROMOÇÃO DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE JOSÉ PERSEU VAZ, MUNICÍPIO JOÃO PINHEIRO/MG.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - orientadora

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família em especial a meus filhos por serem o principal motivo e minha maior inspiração, aos meus amigos, que me acompanham desde longe, apoiando-me para que eu consiga meus objetivos e trabalhe em função de melhorar a qualidade de vida de minha população.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre o meu lado, pois acho que qualquer que seja a sua decisão, sempre as coisas serão realizadas para melhorar a minha vida.

À professora Dra. Maria Marta por corrigir cada erro de forma nobre, colaborando para o meu crescimento profissional.

Agradeço a todos os colegas de trabalho que fazem parte da minha equipe de saúde e aos meus amigos por sua ajuda incondicional.

“Ao atuar na medicina, Deus não olha previamente se o paciente tem um bom plano de saúde, ou se ele está sendo atendido pelo serviço público de saúde”. Márcio Inácio Franco

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema real na nossa população e um dos principais fatores de risco para várias doenças, cuja incidência tem aumentado de forma alarmante nos últimos tempos. Procedeu-se à realização de uma investigação intervencionista na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Perseu Vaz, município de João Pinheiro/MG. A área de abrangência dessas UBS conta com uma população de 3105 habitantes, dos quais 873 possuem HAS, com uma prevalência de 34,51%. O objetivo desse estudo é promover o tratamento não farmacológico para diminuir os fatores de risco cardiovascular da HAS, em população da área. Escolhemos uma mostra de 122 pessoas com HAS, tendo em conta critérios de inclusão e exclusão. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, a abordagem teórica foi realizada por meio do levantamento bibliográfico de publicações em português. Utilizou-se no estudo de intervenção a estimativa rápida, coletando os dados dos questionários, entrevista, observação sistemática, registro. Os resultados que esperamos encontrar ao fim do programa de Intervenção é uma melhoria significativa do nível de conhecimento dos usuários sobre HAS, uma correta aplicação do tratamento não farmacológico, adoção de estilos de vida saudáveis, com conseqüente melhoria na qualidade de vida e prevenção das complicações. Espera-se também viabilizar ações para promoção de atividades educacionais específicas, com criação de clubes para atender usuários com doenças crônicas não transmissíveis, na promoção de hábitos de vida saudáveis e incentivo a prática de exercícios físicos e a uma alimentação adequada.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco cardiovascular.

ABSTRACT.

Hypertension is a real problem in our population and one of the main risk factors for various diseases, whose incidence has increased alarmingly in recent times. Proceeded to the realization of an interventionist research on Basic Health Unit (BHU) Jose Perseu Vaz, João Pinheiro, Minas Gerais. The area of these UBS has a population of 873 inhabitants, of whom 3105 have HAS, with a prevalence of 34.51%. The aim of this study is to promote non-pharmacological treatment to decrease cardiovascular risk factors of SAH in population of the area. We chose a sample of 122 people with SAH, taking into account criteria for inclusion and exclusion. For the development of the contingency plan was used the method of the Situational strategic planning, the theoretical approach was accomplished using bibliographic survey of publications in Portuguese. It was used in the study of the rapid assessment intervention, collecting the data from the questionnaires, interview, systematic observation, record. The results that we expect to find at the end of the intervention program is a significant improvement of the level of knowledge of the users about proper application of hypertension no pharmacological treatment, adoption of healthy lifestyles, with consequent improvement in quality of life and prevention of complications. Also expected to make actions for promotion of educational activities, with the creation of clubs to fit users with chronic non-communicable diseases, the promotion of healthy lifestyle habits and encourage the practice of physical exercises and adequate food.

Keywords: Hypertension. Cardiovascular risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AAC	Associação Americana do Coração
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
HIPERDI	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PA	Pronto Atendimento
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa saúde da família.
SCIELO	Scientific Eletrônico Library on line
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SESP	Centro de Especialização

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da população de João Pinheiro por faixa etária e sexo -----	12
Tabela 2- Distribuição dos usuários segundo grupos de idades e sexo. UBS “Jose Perseu Vaz”. 2015-2016 -----	18
Tabela 3- Distribuição dos usuários segundo raça e sexo na UBS “Jose Perseu Vaz” 2015 -2016 -----	19
Tabela 4- Fatores de riscos associados a HAS nos usuários estudados da UBS “Jose Perseu Vaz”, em 2015-2016 -----	20
Tabela 5- Distribuição do risco cardiovascular segundo faixa etária na UBS “Jose Perseu Vaz”. 2015-2016 -----	21
Tabela 6- Classificação das prioridades para os problemas de saúde identificados no UBS “Jose Perseu Vaz”. 2015-2016 -----	32
Tabela 7- Desenho da operação para os nós o crítico. Proposta de intervenção para promover do tratamento não farmacológico em usuáiosde Hipertensão arterial. UBS ”José Perseu Vaz”, João Pinheiro, 2016 -----	34
Tabela 8- Recursos críticos -----	36

Tabela 9- Análises e identificação os atores que controlam recursos, críticos assim como estratégias -----	37
Tabela 10- Plano operativo de UBS “José Perseu Vaz” 2015-2016 -----	39
Tabela 11- Acompanhamento do plano de ação -----	40
Tabela 12- Fragilidade -----	44
Tabela 13- O que será feito? -----	44
Tabela 14- Como será feito? -----	44
Tabela 15 - Quando será feito? -----	45
Tabela 16 - Quem irá fazer? -----	45
Tabela 17 - Onde será feito? -----	45
Tabela 18 - Recursos necessários? -----	45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	22
3. OBJETIVOS	23
4. METODOLOGIA	24
5. REVISÃO DE LITERATURA	26
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
ANEXO 1	51
ANEXO 2	52

1. INTRODUÇÃO

1.1. Identificação do município

O município de João Pinheiro se localiza na região noroeste do Estado de Minas Gerais e está distante da capital nacional aproximadamente 380,00 Km de Brasília. O Prefeito atual do município é Carlos Gonçalves da Silva, tendo como secretário municipal a enfermeira Gracieli Gomes e a enfermeira Tatiane Mendes Sales como Coordenadora da Atenção Básica. O município de João Pinheiro é o maior em extensão territorial do Estado de Minas Gerais com uma população no ano de 2015 de aproximadamente 48179 habitantes (IBGE, 2014).

1.2. Histórico de criação do município

O processo de colonização da região, ocupada hoje pela cidade de João Pinheiro teve início, provavelmente, na metade do século XVIII, período que antecede a descoberta do ouro nas regiões das Minas Gerais com o movimento das entradas e bandeiras rumo às terras de Paracatu (JOÃO PINHEIRO, 2015).

Antes da ocupação pelo homem branco, o território era habitado apenas por ameríndios (da tribo de Catiguá) e negros fugitivos das minas de Paracatu e de Goiás. Por volta de 1818, nas proximidades das margens da Vereda da Extrema, surgiu um pequeno povoado, fundado por bandeirantes e tropeiros que buscavam a Capitania de Goiás, este foi o primeiro pouso do homem branco nestas paragens. No entanto, alguns desses aventureiros se fixaram animados pela criação de gado e pelos garimpos de diamantes, no Rio Santo Antônio. Foi uma febre e esta passou a ser a principal atividade do arraial nascente: O povoado recebeu o nome de Santana dos Alegres, esta foi a primeira denominação do primitivo arraial pertencente ao bispado de Pernambuco - que deu origem ao município atual (JOÃO PINHEIRO, 2015).

Segundo a tradição oral, um boi curraleiro muito bravo que vivia nas adjacências do local, frequentemente, ao anoitecer, ia para o arraial e lá permanecia durante toda a madrugada a mugir. O hábito daquele animal, chamado Alegre, intrigava a todos. Conta-se que esta foi à razão do nome do povoado (JOÃO PINHEIRO, 2015).

Em 1873, o povoado de Santana dos Alegres foi elevado a distrito (em terras de Paracatu). Até 1902, o garimpo foi bastante explorado às margens do rio Santo Antônio e no leito de outros cursos d'água. Em 30 de agosto de 1911, Santana dos Alegres, recebeu seu nome atual, e foi-se desmembrado de Paracatu. Em 1925 foram-lhe concedidos foros de cidade e sede de município (JOÃO PINHEIRO, 2015).

A cidade possui algumas festas de tradição, como é o caso da Festa do Peão de Boiadeiro, realizada em abril, o carnaval fora de época, João Piro, realizado em outubro e a Festa da Cidade, realizada em setembro. A padroeira da cidade é Nossa Senhora de Santana, cuja festa litúrgica se dá em 26 de julho (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.3 Descrição do município

Uma cidade tipicamente mineira, onde a hospitalidade e a garra de um povo estão intrínsecas no cotidiano de sua população, cuja cidade consegue guardar características especiais encontradas em sua história, mas que, ao mesmo tempo, é empreendedora em sua economia, basicamente voltada para o se torna agropecuária. Aqui, você pode encontrar, entre outras coisas, traços marcantes das belezas de Minas Gerais, como as serras e montanhas, os voos rasantes dos tucanos, capivaras, o zelo das casas antigas, o som das quedas d'água nas cachoeiras, a vegetação nascente ou o sossego do gado no meio das estradas rurais (IBGE, 2014).

Mas também pode fazer compras na terra do crochê, conhecer as maravilhas da tecnologia da indústria têxtil ou o capricho dos produtos feito à mão. São tantos produtos, como artigos em crochê, malhas, artesanatos, cama, mesa e banho, bucha vegetal, que seria impossível listar um a um (IBGE, 2014).

O nome da cidade foi dado em homenagem ao ex-presidente do estado, João Pinheiro da Silva. (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.4 Aspectos geográficos

Indicadores: Área total do município: 10 727 471 km² (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.5 Aspectos socioeconômicos

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,697 médio;

Taxa de Urbanização: 40%;

Renda Média Familiar: \$ 15 623 48;

% de Abastecimento de Água Tratada: sim;

% de recolhimento de esgoto por rede pública: sim;

Principais Atividades Econômicas: Agricultura, Agropecuária (IBGE, 2014).

1.6 Aspectos demográficos

A população pinheirense distribui-se num território cuja extensão corresponde a 14.451 km², o que perfaz uma densidade demográfica de 4,22 hab./km², até 1995, cerca de seis vezes inferior à registrada para Minas Gerais (IBGE, 2014). Na Tabela 19 apresenta-se a distribuição da população do Município João Pinheiro segundo faixa etária e sexo.

Tabela 19 - Distribuição da população de João Pinheiro por faixa etária e sexo.

Município: João Pinheiro										
Total da População Nº de Ind.	>1	1 – 4	5 – 9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60e +	Total
Homem	297	1382	1968	2309	2257	2049	5341	5218	2227	23048
Mulher	272	1303	1834	2229	2262	1960	5226	4908	2215	2212
Total	569	2685	3802	4538	4519	4009	10567	10126	4442	45260

Fonte: SIAB (2014).

Com a emancipação de Brasilândia de Minas, tal extensão se reduziu para 10.779,61 km². Considerando sua área e a população atualizada do município, a densidade demográfica caiu para 3,62 hab./km² (JOÃO PINHEIRO, 2015).

A população distribui-se, além da sede, nos distritos de Caatinga, Canabrava, Luizlândia do Oeste, Olhos d'Água do Oeste, Santa Luzia da Serra e Veredas. Além

dos distritos, verifica-se em João Pinheiro a presença de nove vilas (Almas, Malhada Bonita, Olaria, Parque das Andorinhas, Riachinho do Gado Bravo, Riacho do Campo, São Sebastião, Tauá, e Vereda Malhada), além de dezoito núcleos de pequenos e médios produtores rurais, bem como pelo menos três núcleos de colonização, relacionados à reforma agrária. De acordo com IBGE (2014), a população estimada em 2014 foi de 47.870 habitantes distribuídos dentro de todas as localidades já citadas acima.

1.7 Divisão administrativa

O município está dividido em 7 distritos: João Pinheiro, Caatinga, Canabrava, Luzilândia do Oeste, Olhos d'Água do Oeste, Santa Luzia da Serra e; Veredas (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.8 Municípios limítrofes e Geodiversidade

João Pinheiro tem limites com os seguintes municípios: a norte - Unaí e Brasilândia de Minas, a leste - Buritizeiro, a sul - São Gonçalo do Abaeté e Presidente Olegário, a oeste - Lagoa Grande e Paracatu (JOÃO PINHEIRO, 2015).

O município apresenta em toda sua extensão territorial o predomínio de Domínio das Chapadas Amplas e Suaves e de Tabuleiros. A tipologia do relevo é caracterizada pela variação de 0 a 3° (Tabuleiros) e 3 a 10° (Domínio de Chapadas Amplas e Suaves).

1.9 Sistema local de saúde

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 13 conselheiros, sendo que 02 compõem o governo, 02 prestadores, 02 trabalhadores da área da saúde e 02 usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), cada um possui seu suplente em caso de falta de algum do conselho. As reuniões são realizadas mensalmente na sede do conselho, na própria secretaria de saúde, todas essas reuniões são lavradas em atas e assinada

pelos seus respectivos representantes. O conselho fiscaliza todas as ações da saúde (JOÃO PINHEIRO, 2015).

O município possui fundo municipal de saúde onde são repassados todos os incentivos ao município, o secretário e a prefeito municipal possuem senhas de acesso para consultas de recebimento de recursos. Os valores são repassados de acordo com o cronograma do ministério de saúde. O orçamento destinado à saúde no ano de 2014 é de R\$30.000.000.00 (JOÃO PINHEIRO, 2015).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em 09/05/91, após a aprovação do projeto pelo conselho municipal de saúde, inicialmente era composto por 18 UBS, 1 UBS de atenção a criança CAIC, 1 Centro especializado em fundação SESP, 1 Vigilância em saúde mental, 1 SMS João Pinheiro, 1 Centro Santa Monica, 1 Clínica Municipal de Fisioterapia, 1 clínica da mulher Alberico Rodrigues, 1 Hospital Municipal Antônio Carneiro. Hoje o município dispõe de 02 equipes modalidade II, com cobertura de 99% da população, no ano de 2014 foi aprovado a 3ª equipe aonde chegara à cobertura 100%. O município é composto pelos programas Mais Médicos e outros do Ministério da Saúde (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.9.1 Sistema de Referência e Contra referência

O município não possui o sistema ainda, porém, está tentando colocar em prática através de experimentos, que em breve conseguirão adequar uma referência e uma contra-referência no município colocando em ordem os prontuários. (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.9.2 Redes de Média e Alta Complexidade

O município é composto pela rede de alta complexidade onde é prestado o serviço através de outros municípios como Patos de Minas, além de ser o prestador da região. São realizados exames de altas complexidades como, tomografias e ressonâncias e outros procedimentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.10 Territórios / área de abrangência

Número de família e de habitantes: família 4.000 mil / habitantes 47870

Nível de alfabetização: ensino fundamenta

8 anos ou mais de estudo: 2000 (8.869)

4 a 7 nos de estudo: 2000 (9.229)

1 a 3 anos de estudo: 2000 (5.344)

Menos de 1 ano de estudo: 2000 (4.244)

Não determinada: 2000 (17)

Alfabetização de adultos: 2000 (28) (SIAB, 2014).

1.11 Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

O município possui 240 empresas, 1.005 pessoas assalariado.

Como vivem: O nível de vida do maior percentual da população é médio, cada família recebe de 1 a 2 salários mínimos, tem alimentação não saudável e água potável garantida, todas as casas têm boas condições nas cidades. O mesmo não ocorre na área rural, as ruas e estradas principais não tem bom acesso. O município tem escolas, igreja e todas as condições que precisa para a população, tem problemas com a rede de esgoto, escoado para o rio. Esse problema está sendo solucionado (JOÃO PINHEIRO, 2015).

De que vivem: O povo vive diretamente da agricultura, sendo as principais atividades: cana de açúcar e bovinocultura, plantio de eucalipto e carvoeira, além do trabalho de pedreiro e garimpeiro.

Como morrem: A primeira causa de morte da população são as doenças cardiovasculares, sendo o infarto e a hipertensão arterial a mais importante, e seguem as complicações da Diabetes, Pneumonia e Câncer. (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.12 Recursos da comunidade

O município possui hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas e luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos (IBGE, 2014).

1.13 Unidade Básica de Saúde

A UBS “José Perseu Vaz” é localizada na BR040, a 225 km: Luzilândia do Oeste
Área física e uso: 46,17 km² tem atendimento em três localidades rural: JK, Veredas, Malhada Bonita. Inserção na comunidade (localização e acesso): Hospital (PA), fica a mais de 80km da unidade básica; Horário de funcionamento: 8 horas por dia , desde segunda hasta quinta.32 horas de trabalho e 8 horas de estudo (JOÃO PINHEIRO, 2015).

1.14 Recursos Humanos

A equipe é composta por 1 médico, 02 enfermeiros, 01 auxiliar de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 01 Dentista, 01 técnica de dentista, 02 motoristas de ambulância, todos com carga horária de 40 horas semanais.

1.15 Distribuição populacional de Luizlândia do Oeste

A área de abrangência das Estratégias de Saúde da Família (ESF) é responsável pela cobertura de 997 famílias cadastradas, com 3105 pessoas, total de mulheres 1650, que representa 56,91 % da população e 1455 homens que representa 43,09% da população. Distribuídas em 6 micros áreas, contendo 897 hipertensos cadastrados e acompanhados no programa. O Programa de hipertensos desenvolvido na UBS tem como objetivo, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual ou em grupo, mensalmente. Nesse Programa, estão incluídos pacientes adultos com HAS de ambos os sexos, a maioria com idade superior a 50 anos, de diferentes raças e as variadas crenças religiosas e situações conjugais (SIAB, 2014)

Das doenças crônicas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a de maior ocorrência, é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90mmhg), a prevalência na população rural adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2013).

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

O tratamento não medicamentoso da HAS compreende mudanças de estilo de vida como alimentação controlada, baixo consumo de sódio e álcool, combate ao estresse, sedentarismo e tabagismo, que devem ser estimulados desde a infância. A prevenção primária enfatiza este eixo de tratamento, para redução de pressão arterial, principalmente em pacientes com pressão limítrofe (MALTA *et al.* 2009).

A HAS é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo a mais frequente das doenças crônicas atendidas em ambulatórios. (MALTA *et al.*, 2009).

Existem mudanças que podem ser implementadas com o apoio do governo e do setor privado. Para diminuir o tabagismo podem-se aumentar taxas para cigarros e produtos similares, usar alertas nas embalagens de cigarro, aprovar leis que limitem os espaços para fumantes, oferecer apoio e tratamento para quem deseja parar de fumar,

realizar medidas educativas e de promoção de saúde contra este mau hábito. Um fator importante que deve ser controlado é a quantidade de sódio na alimentação do paciente, através da regulamentação da dosagem de cloreto de sódio nos alimentos processados e não processados, da diminuição da concentração de sal em alimentos; com apoio das indústrias alimentícias, pactuar e promover o uso de substitutivos do cloreto de sódio (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006; BRASIL; 2013).

A educação em saúde pode e deve ser aplicada em qualquer ambiente onde são executadas as atividades profissionais de cuidado; como enfermarias, consultórios, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera e outros, desde que tenha um propósito e ambiente propício (WILLIAMS, 2010).

Na Tabela 20 evidencia-se como a faixa etária de 51 a 61 anos é a que mais se agrupam usuários com HAS, um total de 35, deles 15 mulheres e 20 homens representando 28,68 % da população em estudo. Seguido pela faixa etária de 40 a 50 anos, 32 pacientes, 13 mulheres e 19 homens representando 26,22 % e por último o grupo que teve menos usuários com HAS foi de 18 a 28 anos, tendo 7 pessoas, 3 mulheres e 4 homens, ou seja, 5,73 % da população em estudo. É estimado 16 a 18 milhões de portadores de HAS no Brasil, e que 50% está na população idosa, e atingindo mais pessoas do sexo feminino após os 50 anos de idade. .(PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Tabela 20 – Distribuição dos usuários segundo grupos de idades e sexo. UBS “Jose Perseu Vaz”. 2015-2016.

Grupo de idade	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
18 – 28 anos	3	2,45	4	3,27	7	5,73
29– 39 anos	12	9,8	11	9,01	23	18,85
40– 50 anos	13	10,6	19	15,53	32	26,22
51- 61 anos	15	12,3	20	16,39	35	28,68
Mais de 61 anos.	13	10,6	12	9,83	25	20,49

Total	56	45,90	66	54,09	122	100
--------------	----	-------	----	-------	-----	-----

Fonte: SIAB (2014)

Na Tabela 21 é ilustrada a distribuição dos usuários segundo raça e sexo. A raça negra foi a mais afetada, um total de 64 usuários, representando 52,45 % dos 122 usuários com HAS. Seguindo, temos a raça branca com 32 pessoas, ou seja, 26,22 % e por último a parda com 26 usuários (21,31%). Os resultados coincidem com a maioria dos estudos onde se evidencia que a raça negra é a mais afetada.

Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil. Visto que, associados ao fator de herança da própria etnia, encontramos os fatores ambientais, tais como o fumo, álcool e baixa escolaridade, dentre outros, que irão se unir ao primeiro e potencializar os riscos para o desenvolvimento da HAS (LESSA, 2001).

Tabela 21 - Distribuição dos usuários segundo raça e sexo NA UBS “Jose Perseu Vaz” 2015 -2016.

Raça	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Branca	13	10,6	19	15,57	32	26,22
Negra	30	24,59	34	27,86	64	52,45
Parda	13	10,6	13	10,6	26	21,31
Total	56	45,9	66	54,09	122	100

Fonte: SIAB (2015)

A Tabela 22 aborda os fatores de riscos associados a HAS nos usuários estudados. Observa que dos 122 usuários, 41 tem Dislipidemias (33,60%), 40 (32,78 %) sofrem de Diabetes Mellitus (DM), 14 tem sedentarismo (11,47%) e já começaram a fazer mudanças em seu estilo de vida. Estudos epidemiológicos indicam que níveis elevados de pressão arterial aumentam o risco de doença vascular cerebral, doenças

coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crônica (CHOBANIAN; *et al*, 2003; WONG *et al*. 2003).

Os fatores de risco cardiovascular freqüentemente 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 (INTERSALT, 1988).

Tabela 22 - Fatores de riscos associados a HAS nos usuários estudados da UBS “Jose Perseu Vaz”, em 2015-2016

Fatores de riscos	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Fumantes	7	5,7	6	4,91	13	10,6
Alcoólatras	3	2,45	3	2,45	6	5,74
Obesos	5	4,09	3	2,45	8	5,74
Sedentários	8	6,55	6	4,91	14	11,47
Diabéticos	21	17,21	19	15,57	40	32,78
Dislipidêmicos	12	9,83	29	23,77	41	33,60
Total	56	40,9	66	59,2	122	100

Fonte: SIAB (2015).

Na Tabela 23 apresenta-se distribuição do risco cardiovascular, segundo a faixa etária. Observa-se que das 122 pessoas com HAS, 55 pacientes (45,08%) têm risco cardiovascular alto, sendo que a maioria está na faixa etária de 51 a 61 anos. Na sequência, 34 (27,86%) e por 33 usuários (27,04 %) com risco baixo. A classificação do risco individual dos usuários se realizou em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos alvos em risco A, B ou C (BRASIL, 2013).

O risco cardiovascular é mais frequente na população idosa, pela influência de mais de dois fatores de risco. No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS determinou que o controle da HAS é de responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de pessoas com HAS, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de

complicações, o primeiro atendimento de urgência e as medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações (BRASIL, 2013).

Tabela 23 - Distribuição do risco cardiovascular segundo faixa etária na UBS “Jose Perseu Vaz”. 2015-2016.

Faixa Etária	Risco cardiovascular						
	BAIXO A		MÉDIO B		ALTO C		Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
18-28 a	2	1,63	2	1,63	3	2,45	7
29-39 a	3	2,45	4	3,27	7	5,74	14
40-50 a	10	8,19	10	8,14	15	12,29	35
51-61^a	9	7,37	8	6,55	20	16,39	37
+ 61^a.	9	7,37	10	8,19	10	8,19	29
Total	33	27,04	34	27,86	55	45,08	122

Fonte: SIAB (2015)

2 JUSTIFICATIVA

A HAS ocupa um lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que resulta na predominância dos agravos crônicos não transmissíveis, como principal causa de morbimortalidade na população. A HAS constitui um dos principais fatores de risco para aparecimento das doenças cardíacas, seu controle está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Refletindo junto com os demais profissionais da minha ESF, a adesão dos usuários constitui hoje um problema fundamental. Os idosos não aderem ao tratamento da HAS. Diante disso percebe-se a necessidade da realização de um projeto que busque conscientizar os usuários com HAS sobre a importância da adesão ao tratamento não farmacológico a eles prescrito, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

Os resultados que esperamos alcançar com o Projeto de Intervenção é uma melhoria significativa no nível de conhecimento dos usuários sobre a HAS e alcançar uma correta aplicação do tratamento não farmacológico e da adoção de estilos de vida saudáveis. Com consequente melhoria na qualidade de vida e prevenção do risco de complicações, além de viabilizar a promoção de atividades educacionais específicas para usuários, com a criação de clubes para atender usuários com doenças crônicas não transmissíveis, promovendo hábitos de vida saudáveis e incentivando a prática de exercícios físicos. Também será realizado palestras com grupos desses usuários para que eles adquiram maior conhecimento de sua patologia.

3 OBJETIVOS

Geral

Promover o tratamento não farmacológico para redução dos fatores de risco da HAS na população da área de abrangência de da UBS “Jose Perseu Vaz”.

Específicos

Cadastrar as pessoas com HAS na população da UBS Jose Perseu Vaz;

Identificar os fatores de risco modificáveis ou não modificáveis que apresentam os usuários com HAS;

Planejar ações para modificação dos fatores de risco na comunidade da UBS Jose Perseu Vaz;

Executar ações para modificação dos fatores de risco na comunidade da UBS Jose Perseu Vaz;

Comparar a porcentagem de usuários com HAS conhecidos antes e após o estudo.

4. METODOLOGIA

O projeto foi realizado na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da UBS José Perseu Vaz, Município de João Pinheiro, MG, no período compreendido do ano 2015 do ano 2016. É um estudo de intervenção que utilizou o método de estimativa rápida para encontrarem os problemas. Para facilitar o diálogo entre os atores que participam no processo de planejamento o emprego do Planejamento Estratégico Situacional (PES) é fundamental para o domínio do método. O conhecimento de todos os aspectos relacionados ao PES é importante durante a gestão de qualquer plano de ação.

Na localidade rural Luizlândia do Oeste a UBS “Jose Perseu Vaz” conta com uma população de 3105 habitantes, dos quais 873 pessoas são pessoas com HAS, com prevalência de 27,17%. Participarão do projeto 122 pessoas, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão têm: usuários de ambos os sexos que apresentarem diagnóstico médico de HAS; consentimento prévio informado; cadastrados e acompanhados no programa de Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) e estarem conscientes e orientados. Como critérios de exclusão: usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não cadastrado e não acompanhados pelo programa; não estarem conscientes e orientados; usuários com recusa de participar no estudo e usuários fora da área de abrangência no momento do estudo.

Os instrumentos utilizados para obter os dados são: a entrevista (Anexo 1), questionário para avaliar conhecimentos ao início do projeto (Anexo 2), dados dos prontuários, consulta ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e entrevista para avaliação de conhecimentos adquiridos durante a intervenção, mediante a observação sistemática, registro e análises, assim como ordenar os dados apoiando nas fontes bibliográficas, análises dos dados pelo método indutivo (PRODANOV; FREITAS, 2013; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizado também um levantamento bibliográfico de publicações referentes a estudos da Hipertensão Arterial Sintética (HAS) e suas sequelas, nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no site do Ministério da

Saúde (MS), utilizando as seguintes palavras-chave: Hipertensão arterial. Fatores de risco cardiovascular.

5 REVISÃO DE LITERATURA

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

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

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas da saúde pública. Existem fatores de risco associados à HAS considerados não modificáveis como idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos e pré-disposição genética. Dentre os modificáveis, temos o estilo de vida inadequado que está diretamente relacionado à maior prevalência dessa doença. Torna-se fundamental para a prevenção e o tratamento da HAS, a mudança de estilo de vida, adotando-se dieta hipocalórica, redução do peso, prática de atividade física, redução da ingestão de bebida alcoólica e sal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Ainda como fatores modificáveis observam-se o sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres – ingestão elevada de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100 mL de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). O consumo de sal eleva o risco de desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda.

Além possibilitar o desenvolvimento e o aumento da HAS; a sensibilidade ao sal está associada à mortalidade (MALTA *et al.*, 2006; PASSOS; ASSIS; BARRETO; 2006).

Atualmente, também são associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, podendo ocorrer o aumento progressivo dos níveis pressóricos com a idade. São

conhecidos os efeitos benéficos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobres em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Os fatores genéticos e ambientais são igualmente importantes na determinação da pressão arterial ao longo da vida, pois a relação entre fatores genéticos e ambientais inicia-se ainda no período gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS é uma condição clínica derivada de vários fatores e caracteriza- por níveis elevados e sustentados de pressão arterial igual ou maior que 140 x 90 mmHg. Frequentemente a HAS está associada a alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e provoca espessamento e perda de elasticidade das paredes dos vasos sanguíneos; associa-se também a alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em nosso país, as Doenças Cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA *et al.*, 2006). As Doenças Cardiovasculares (DCV) são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos (BRASIL, 2013).

A HAS é das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de pessoas com HAS, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm HAS. Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. Estima-se que 0,5 % da população com até 18 anos tenham HAS, equivalente a 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Considerada um dos principais fatores de risco de DCV, renais e cerebrais, é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. É uma condição de causas

multifatoriais que deve receber a atenção e o cuidado de todos. (WILLIAMS, 2010; BRASIL, 2015; MARTINS *et al.*, 1997)

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

No início de nosso trabalho na comunidade, a grande maioria tinha cifras elevadas de pressão arterial devido à instabilidade do pessoal para o acompanhamento e evolução da doença e a efetividade dos tratamentos. Foram detectados novos casos em curto período de tempo de estudo e achamos que os hábitos de alimentação contribuem para o aparecimento da doença. A cultura alimentar desta comunidade está determinado por um alto consumo de carnes vermelhas, gorduras, comidas fritas e refrigerantes, e de maneira quase insignificante verduras, frutas e vegetais, devido ao desconhecimento da população sobre as vantagens de consumir alimentos naturais ricos em fibras, já que eles consideram como alimentação saudável o consumo de carnes.

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Dentre das medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos.

Em que pese o grande avanço científico e tecnológico no manejo da HAS ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos usuários aos tratamentos instituídos, ou seja, na mensuração de até que ponto a pessoa segue as recomendações do profissional de saúde para o controle do seu problema de saúde (WHO, 1998).

Embora tenha evoluído o manejo da hipertensão com o avanço científico e tecnológico um dos grandes desafios para as equipes de saúde refere-se à adesão das pessoas hipertensas ao tratamento proposto, seja ele com ou sem medicamentos. A adesão a um tratamento é considerada “o grau de coincidência entre a prescrição médica, o que inclui as orientações não farmacológicas e o comportamento adotado, concretamente, pelo paciente”. Aproximadamente dois terços das pessoas que apresentam HAS não têm seus níveis pressóricos adequados em consequência do uso incorreto da terapêutica proposta (MENDES *et al.*, 2014, p.58).

Entre os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento, Mendes *et al.*, (2014, p.64) destacam os relacionados às razões ligadas aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde, os “fatores socioeconômicos e demográficos, aspectos psicossociais e culturais, apoio social e familiar e ao tratamento terapêutico”. Moura *et al.* (2015, p.10) reforçam este pensamento ao considerarem como fatores intervenientes no processo de adesão ao tratamento: “o paciente, a doença, o tratamento, a relação profissional-paciente, fatores culturais e os relacionados às instituições e sistemas de saúde”, portanto são necessárias múltiplas ações.

Giroto *et al.* (2013) ressaltam que para adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica a equipe de saúde da família deve atuar “ De forma integrada na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção á saúde e no atendimento” planejando as atividades “fundamentais para minimizar os gastos dos serviços, especialmente os de media e alta complexidade , e principalmente, para melhorar a qualidade de vida das pessoas”. Utilizarem ferramentas na educação em saúde para melhorar a adesão ao tratamento.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: usuário (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (crônicas sintomáticas); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e atendimento); e relacionamento com equipe de saúde - envolvimento e relacionamento inadequados (REDDY; YUSUF, 1998.).

Uma vez que o usuário se sinta esclarecido sobre sua doença, ele tende a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o profissional. Além dessa relação interpessoal, devem-se considerar também o fator importante, que os usuários com HAS experimentam a influência de variados determinantes de adaptação às doenças crônicas que dependem da característica de personalidade do indivíduo, dos seus mecanismos de enfrentamento de problemas, do seu autoconceito, autoimagem e autoestima, da experiência prévia com a doença e/ou doenças e, ainda, das atitudes dos cuidadores da área de saúde.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Sugerimos este Projeto de Intervenção porque o aumento do envelhecimento e prevalência de doenças crônicas é uma realidade, sendo necessário um conjunto de ações para amenizar esse problema. A equipe escolheu-o como tema do Projeto de Intervenção, baseado no método da estimativa rápida, uma doença cuja prevalência vem aumentando, a HAS. Os critérios para a escolha desse tema foram baseados nos dados do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB). A equipe considerou em conjunto um grupo situações que estão afetando nossa área de abrangência. Foi no primeiro momento, mediante uma chuva de ideias e depois nós trabalhamos com os dados inseridos no SIAB. O objetivo da proposta de intervenção é possibilitar a melhoria do controle dos níveis pressóricos dos pacientes e abordar as formas de tratamento não farmacológicas desta doença. As metas a serem alcançadas com a implementação deste projeto são: diminuição do índice de morbimortalidade dos portadores hipertensos, prevenção dos agravos evitáveis, emponderamento de conhecimentos para o cuidado com a saúde. O problema científico foi traçado: que efeito terá a implementação de um programa de intervenção educativa sobre os critérios de diagnóstico, consequências e medidas de prevenção de riscos na melhoria a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial.

O planejamento e a realização das oficinas com o grupo de usuários de com HAS contará com a parceria dos agentes comunitários de saúde (ACS), após a análise dos questionários para avaliar conhecimentos ao início do projeto. Continuaremos com a apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a HAS, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e as adoções de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas serão realizadas mensalmente com os seguintes temas: hipertensão: conceito, ocorrência e consequências, fatores de risco modificáveis para ocorrência de complicações: obesidade, álcool e tabagismo, dieta hipossódica, sedentarismo, fatores de risco cardiovasculares, uso correto do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e prevenção de complicações

Nessa perspectiva, a proposta de intervenção para a ESF "Jose Perseu Vaz" João Pinheiro/MG foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, usando um trabalho de intervenção de estimativa rápida, de acordo com os passos recomendados por CAMPOS; FARIA; SANTOS, (2010) e serão descritos a seguir.

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Para obter os dados e identificar os problemas utilizaram-se as três fontes principais de coleta do método estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

- Na observação ativa na área: desenvolvida no cotidiano de trabalho na ESF pelo médico, equipe de enfermagem e ACS;
- Diálogo e interação com a comunidade a partir dos atendimentos realizados;
- Utilizamos os prontuários dos usuários, Plano de Saúde Municipal, feito recentemente demais registros existentes na UBS.

Os principais problemas identificados durante a realização do diagnóstico situacional da UBS Jose Perseu Vaz foram:

- Elevada prevalência de pacientes adultos hipertensos;
- Uso indiscriminado de psicofármacos;
- Elevada prevalência de pacientes adultos diabéticos;
- Elevado consumo de álcool e tabagismos;
- Hábitos alimentares inadequados com consumo excessivos de sal e alimentos gordurosos e hipercolesterolêmia.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas.

Após identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência foi necessário priorizar um problema. No momento o que tem maior relevância para a equipe é a elevada prevalência de usuários adultos hipertensos. Para priorizar o problema foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), conforme apresentado na Tabela 24.

Tabela 24 - Classificação das prioridades para os problemas de saúde identificados no UBS “Jose Perseu Vaz”. 2015-2016.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de usuários adultos hipertensos.	Alta	7	Parcial	1
Uso indiscriminado de psicofármacos.	Alta	6	Parcial	2
Elevada prevalência de usuário adulto diabético.	Alta	6	Parcial	3
Elevado consumo de álcool e tabagismos.	Alta	5	Parcial	5
Hábitos alimentares inadequados com consumo excessivos de sal e alimentos gordurosos. e hipercolesterolemia	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2015).

Depois de estabelecer a ordem de prioridade foram classificados da seguinte forma os problemas identificados na comunidade:

1. Elevada prevalência de usuários adultos hipertensos;
2. Uso indiscriminado de psicofármacos;
3. Elevada prevalência de usuários adultos diabéticos;

4. Inadequados hábitos alimentares com consumo excessivo de sal e alimentos gordurosos; com hipercolesterolemia;
5. Elevado consumo de álcool e tabagismos.

Terceiro Passo: Descrição do problema

Buscando elaborar uma proposta de intervenção foram analisados dados como do SIAB, no ano de 2014, do município de João Pinheiro. A UBS "Jose Perseu Vaz" apresentou 873pacientes hipertensos, o que corresponde a 27,17% da população adulta da equipe. Enquanto isso, 180 usuários são portadores de diabetes o que corresponde a 5,79% da população e 37 portadores de asma bronquial que corresponde a 1.19% da população, o que demonstra que a HAS tem maior prevalência na comunidade entre os agravos e doenças crônicas não transmissíveis.

Analisando ainda os dados levantados pelos Agentes comunitários de saúde (ACS) nota-se que aproximadamente 3,9% dos pacientes hipertensos não conhecem ou desconsideram as possíveis causas de não adesão aos programas educativos e os principais fatores de risco desta doença.

Quarto Passo: Explicação do problema

Geralmente existem muitas causas geradoras do problema. Foram priorizadas duas causas que são importantes.

Causas relacionadas ao processo do trabalho da equipe: a equipe não conhece as especificidades e os principais fatores causadores de HAS, ademais, tem baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde acerca desta doença.

Causas relacionadas ao paciente: baixo nível de informação sobre a doença e os fatores de risco, dificuldades para seguir as orientações, resistência para a mudança do estilo de vida e traços culturais persistentes.

Quinto passo: Seleção dos nós críticos

Foram considerados os seguintes nós críticos:

Hábitos e estilos de vida indesejável: dificuldades na mudança de hábitos e estilo de vida para o controle da Hipertensão arterial.

Nível de informação dos pacientes: baixo nível de informação dos usuários hipertensos acerca dos cuidados desta doença.

Processo de trabalho: baixa oferta de ações de promoção e educação em saúde da equipe e o não conhecimento da equipe sobre as especificidades e os principais fatores de risco da hipertensão arterial.

Uso incorreto de medicamentos

Sexto passo: Proposta de operações para resolução dos nós críticos

Foi realizado o desenho das operações considerando os seguintes objetivos: descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os resultados e os produtos esperados, além de identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Na Tabela 7 é apresentado o desenho da operação para os nós críticos

Tabela 25 – Desenho da operação para os nós críticos. Proposta de intervenção para promover o tratamento não farmacológico em usuários de Hipertensão arterial. UBS "José Perseu Vaz", João Pinheiro, 2016.

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produto esperado	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida indesejável	-Vida em movimento -Modificar hábitos de vida	-Estimular a prática de exercício físico -diminuir o consumo de bebidas alcoólicas o uso de cigarros -diminuir sedentarismo e	- Grupo de atividades físico como (Caminhadas) ; como viver melhor sem álcool e sem cigarro Campanha educativa por	-Organizacional para organização dos grupos caminhadas -Cognitivos orientação das pessoas, estratégia de comunicação

		obesidade	médios de difusão	-Financeiros para materiais de divulgação e uso -Políticos disponibilização do espaço na radio local
Pouco nível de informação dos usuários de hipertensão	Aumentar o nível de informação da população sobre o risco da doença	Conscientização sobre o uso adequado do tratamento não farmacológico incluindo alimentação saudável; assim como controle periódico da PA	Avaliação do nível de conhecimento adquirido pelos usuários sobre a doença e os riscos	- cognitivo Conhecimento sobre o tema e a estratégia de comunicação - organizacional Organização de grupos -Políticos Articulação Inter- setorial educação e saúde.
Processo de trabalho de equipe ineficiente	-Cuide a população -Buscar conhecimento	_ aumentar o conhecimento dos integrantes de equipe sobre a doença de Hipertensão Arterial e seus e mecanismo de controle - Melhorar o trabalho em equipe	- Grupo de estudo - Capacitação da equipe	- organizacional Organizações das agendas para inclusão dos estudos em grupos. - Políticos Disponibilização de guias sobre HTA -Cognitivos Pessoas capacitadas pares conduzir os estudos. -Financeiros aquisição de materiais de estudos
Uso incorreto de medicamentos	Saber melhorar uso de medicação assim como incrementar uso de	Dosificarão dos remédios	Programa de distribuição de caixas de medicamentos	-organizacional Confecção das caixas - cognitivo Orientação da população

	tratamento não farmacológico			- Financeiro para material de confecção das caixas.
--	------------------------------	--	--	---

Fonte: Autoria Própria (2015)

Sétimo Passo: Identificação dos recursos críticos

Na Tabela 26, é apresentado os recursos críticos que devem ser consumido em cada operação.

Tabela 26 – Recursos críticos

Operação Projeto	+ Saúde	Viver melhor	Saber +	Cuidar Melhor	Linha de cuidado
Recursos Críticos	-Político conseguir no espaço radial - Financeiro: médios audiovisuais, folhetos educativos.	- Organizacionais grupos de hiperdia -Políticos Articulação Inter setorial e aprovação dos projetos -Financeiros: financiamento o projeto	-Políticos Articulação Inter setorial e aprovação dos projetos	- Político: decisão para aumentar os recursos - Financeiros: Custódios e equipamentos	- Político: articulação entre a equipe da saúde e adesão dos profissionais

Fonte: Autoria própria (2015)

Oitavo Passo: Proposta de ações para motivação de autores

Foi realizada a análise de viabilidade do plano, identificaram-se os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação aos problemas para definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidades para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Tabela 27 – Análises e identificação os atores que controlam recursos, críticos assim como estratégias.

Operação/projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
+ Saúde Estimular a modificar hábitos e estilos de vida aos usuários hipertensos	Organizacionais: Organizadas consultas de nutrição, fisioterapeuta. - atividades com o educador físico. Políticos: Conseguir espaços locais.	- Secretário municipal de saúde - Coordenador de atenção primária de saúde. - Equipe da saúde da família. - Profissional multidisciplinar	Favorável	- Apresentação e discussão do projeto de saúde a Secretaria De Saúde. - Fazer atividade que incentivem a prática de exercício físico e mental; assim como alimentação saudável
Projeto viver aumentar o índice de emprego	Político e financeiro: mobilização social, incrementar os locais de trabalho	Associação de bairros - Ministério de associação a social - Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura	Favorável	Apresentar do projeto apoio de as associações
Saber + Aumentar nível de informação e conhecimento aos usuários de hipertensão	Organizacionais: Realizar campanhas educativas e outras ações Político Parceria com setores e mobilização social Financeiro: aquisição de materiais educativos	- Secretário municipal de saúde - Coordenador de atenção primária de saúde. - Equipe da saúde da família. - Profissional multidisciplinar	Favorável	- Apresentação e discussão do projeto de saúde a Secretaria De Saúde e Prefeitura Municipal. - Discutir com Equipe de saúde o resultado esperados e analisa-los. - Construir alternativa de atendimento pesquisando

				usuários doentes
Cuidar melhor Incentivar e educar cada dia mais aos agentes de saúde sobre os cuidados de usuários de HTA	Organizacionais: Realizar campanhas educativas e outras ações Político Apoio e sensibilização de os gestores Cognitivo Sensibilizar as equipes	- Secretario municipal de saúde -Coordenador de atenção primaria de saúde. - Equipe da saúde da família. - Profissional multidisciplinar	Favorável	-Apresentação e discussão do projeto de saúde a Secretaria De Saúde. --Discutir com Equipe de saúde o resultado esperados e analisa-los -Capacitar aos Profissional de a equipe da saúde da família.
Linha de Cuidado Mais conhecimento orientar capacitar sensibilizar à equipe de saúde sobre u cuidado de usuário de HTA	Organizacionais: Realizar campanhas educativas e outras ações Político Apoio e sensibilização de os gestores Cognitivo Sensibilizar as equipes	- Secretario municipal de saúde -Coordenador de atenção primaria de saúde. - Equipe da saúde da família. - Profissional multidisciplinar	Favorável	Apresentação e discussão do projeto de saúde a Secretaria De Saúde. --Discutir com Equipe de saúde o resultado esperados e analisa-los -Capacitar aos Profissional de a equipe da saúde da família.

Fonte: Autoria própria. (2015)

Nono Passo: Elaboração de um Plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010). A Tabela 28 ilustra o plano operativo.

Tabela 28 - Plano operativo de UBS “José Perseu Vaz” 2015-2016.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde	Estimular modificação de hábitos e estilo de vida. Parceria entre os serviços públicos de saúde, esporte e cultura.	Programa de alimentação saudável. Acompanhamento com educador físico, fisioterapeuta na realização de atividade física	- Apresentação e discussão do projeto de saúde a Secretaria De Saúde. - Realizar campanha que incentive a prática de exercícios físicos e alimentação saudável	- Secretário municipal de saúde - Coordenador de atenção primária de saúde. - Equipe da saúde da família. - Profissional multidisciplinar	12 meses Subsequente
Saber mais	Usuários hipertensos Mais informados sobre a doença	Avaliação do nível de informados dos usuários hipertensos. Grupo operativo	- Apresentação e discussão do projeto de saúde a Secretaria De Saúde e Prefeitura Municipal. Discutir com equipe os resultados esperados e analisá-los	Enfermeira Coordenador de UBS	12 meses Subsequente
Cuidar melhor	Realizar atividades de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários	Programação mensal das atividades, capacitação técnica de equipe. Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de	Apresentação e discussão do projeto de saúde a Secretaria De Saúde, e com os gestores	- Secretário municipal de saúde - Coordenador de atenção primária de saúde. - Equipe da saúde da	12 meses Subsequente

		saúde com os usuários de hipertensos.		família. - Profissional multidisciplinar	
--	--	---------------------------------------	--	---	--

Fonte: Autoria própria (2015)

Décimo Passo: Plano de gestão

Nesse passo é descrita a gestão do plano, os objetivos e a definição do processo do acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Após a implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a UBS “Jose Perseu Vaz” para avaliação Na Tabela 29 é descrito o acompanhamento do plano de ação.

Tabela 29 - Acompanhamento do plano de ação.

Operação	Produto	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
S A U D E e vida	Programação de caminhada e ginástica. Programa de alimentação saudável	Equipe de saúde da família Coordenador de UBS Secretaria Municipal de Saúde Profissionais Multidisciplinares	12 meses Subsequente	Alto índice relacionado com usuários hipertensos - os usuários não praticam atividades físicas e em sua maioria não possui hábitos alimentares saudáveis	Face necessária estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida dos usuários hipertensos. Principalmente alimentação, atividade física e auto cuidado. Estimular a colaboração entre os serviços públicos	12 meses Subsequente
S A V E R	Avaliação do nível de informação do nível dos usuários de HAS	Coordenador da UBS Secretaria Municipal Equipe de saúde Profissional	12 meses Subsequente	Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas		12 meses Subsequente

Mais	Aumento de informação sobre HAS			aos usuários HTA, enfocando a promoção da saúde.		
Mais C O N H E S I M E N T O	Programa- ção mensal das atividades: consulta medica de enfermagem e grupos operativos. Capacitação técnica da equipe. Desenvolvimento de atividades de promoção de saúde com usuário de HAS	Coordenador de UBS Secretaria municipal Equipe de saúde Profissionais	12 meses Subsequente	Falta de informação e conhecimento da equipe para orientar, estimular os usuários pelo seu auto cuidado, dificultando o tratamento. Desconhecimento por parte dos usuários sobre a doença.	Necessidades de sensibilizar, orientar e capacitar a equipe sobre os cuidados prestados aos usuários com HAS.	12 meses Subsequente

Fonte: Autoria Própria (2015)

Implantação, descrição e avaliação da intervenção:

Neste trabalho foi realizado com um total de 122 pacientes com HAS (n=122), cadastrados, dos quais: 45,90% são do sexo feminino e 54,09 % do sexo masculino. A intervenção foi feita aferindo a pressão de todos os adultos acima de 18 anos, embora não tenham sintomas de HAS. O planejamento e a realização das oficinas temáticas com o grupo de hipertensos, contou com a parceria dos agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliar de enfermagem. Também se aplicou um questionário aos pacientes no momento da consulta de acompanhamento, assim como, nas visitas domiciliares, neste caso, sendo o responsável o ACS do micro área.

Neste questionário introduzimos algumas variáveis de muita importância para identificar e poder avaliar os objetivos do Projeto de Intervenção (PI) de forma que

estes podam ser atingidos total ou parcialmente. Outra razão deste questionário foi para obter o nível do conhecimento e percepção de risco que os pacientes estudados têm com respeito à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

O estudo realizou-se durante o mês de dezembro dos 2015 até o mês de dezembro do ano 2016. Foram 6 meses que permitiram conhecer certamente os nossos pacientes, e seus estilos de vida, além disso, analisamos seus prontuários durante o acompanhamento deles assim como, nas visitas domiciliares.

Todos os entrevistados foram convidados a participar nos encontros em grupo, a totalidade deles compareceu. Com a participação dos integrantes da equipe de saúde, se realizaram as oficinas temáticas planejadas que suscitaram discussões.

Utilizamos meios audiovisuais, esfigmomanômetro e estetoscópio próprios. As palestras algumas foram realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os temas tratados foram os principais fatores de risco da HAS e quais deles são modificáveis pelo paciente, e do jeito em que as pessoas podem transformar esses fatores na sua vida diária, elevando assim, a qualidade de vida pela mudança do estilo de vida das pessoas.

Na participação do usuário nessas atividades educativas, mediante a apreensão de conhecimentos relativos à sua condição de doente, irá contribuir para o processo do tratamento frente a sua patologia, porque a conscientização é o primeiro passo para o autocuidado, bem como é importante ressaltar que cada indivíduo possui um ritmo para aprender, compreender e pôr em prática as orientações. Por conseguinte, o cliente pode vir a estabelecer adaptações para o seu estilo de vida, praticando exercício físico regularmente para manter-se ativo, perder peso corporal e evitar obesidade, controlando o estresse, moderando a ingestão de álcool e diminuindo ingestão de sódio. É importante o controle ou eliminação dos fatores de riscos. É certa que pela sua estreita correlação com o estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis, alimentação adequada, exercícios físicos e, principalmente, ausência de angústias caracterizam um estilo de vida que pode ser considerado como saudável.

No último encontro realizamos uma avaliação dos conhecimentos adquiridos nestas atividades pelos usuários participantes, através da aplicação do questionário com perguntas sobre os temas abordados nos encontros já realizados pela gente.

Avaliou-se o risco cardiovascular, utilizando o escore de Framingham tradicional e o modificado pela incorporação de fatores de risco emergentes, como história familiar de infarto agudo do miocárdio, síndrome metabólica e doença renal crônica. O escore de Framingham tem se mostrado um método prático na avaliação do risco cardiovascular em diferentes populações (BRASIL, 2013).

Esse escore avalia o risco para doença arterial coronariana, em 10 anos, com base nos seguintes parâmetros: idade, pressão arterial sistólica, colesterol total, Lipoproteína de Alta densidade (HDL), tabagismo e tratamento anti-hipertensivo. A partir do risco calculado, o indivíduo pode ser classificado como de risco baixo, médio ou alto para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, do tipo morte coronariana fatal ou infarto do miocárdio não fatal.

Os fatores de risco para doença arterial coronariana incluem hábitos modificáveis, relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, diabetes, uso abusivo de álcool e características não modificáveis, como idade, sexo e história familiar. Alguns dos dados foram obtidos pela avaliação dos exames complementares dos pacientes. Depois de realizadas todas as atividades com os usuários nós tivemos que processar todos os dados e apresentar os resultados compilados em tabelas, mostrando a realidade do projeto em nossa população com HAS.

Propostas para superação das fragilidades

- Elevar o nível de conhecimento das equipes de saúde e da população da área de abrangência, fundamentalmente em pacientes com riscos cardiovasculares e com hipertensão diagnosticada;
- Continuar incorporando mais pessoas a melhorar seus estilos de vidas;
- Estimular a prática de exercícios físicos e regime dietético adequado;

- Controlar os fatores de risco modificáveis em toda a população mantendo um seguimento correto para não perder os resultados alcançados.

Como otimizar as potencialidades

Para otimizar as potencialidades sugerimos o seguinte plano de ação descrito nas Tabela 30 Tabela 36.

Tabela 30 - Fragilidade

Alta incidência de usuários com HAS	Estilo de vida inadequado Sedentarismo Obesidade e hábitos tóxicos	Malos hábitos higiênicos Dietéticos	Inadequado conhecimento Sobre a doença e suas Complicações
-------------------------------------	--	--	---

Tabela 31 - O que será feito?

Rastrear a pressão arterial da população maior de 18 anos	Organizar bate-papos sobre as mudanças e estilos de vida, em grupo de risco. Continuar estimulando atividade física em grupo	Continuar demonstrando a necessidade de ingestão de alimento saudável, como frutas verduras e dieta hipossódica	Informar a população sobre a doença crônica e suas complicações mais frequentes
---	---	---	---

Tabela 32 - Como será Feito?

Nas visitas domiciliares e consultas	Agrupar os pacientes de acordo as suas fragilidades e idade (idosos, obesos, fumantes)	Continuar demonstrando a necessidade de ingestão de alimentos saudáveis, como frutas verduras e dieta hipossódica.	Em Palestras Visitas domiciliares Educação em saúde
--------------------------------------	--	--	---

Tabela 33 - Quando será feito?

TODOS OS DIAS DE TRABALHO	A cada mês dependendo do planejamento da equipe	Todos os dias de trabalho	Mensal
---------------------------	---	---------------------------	--------

Tabela 34 - Quem irá fazer?

Enfermeira Técnico de Enfermagem Médico da UBS	Equipe de saúde da família	Equipe de saúde da família	Enfermeira Técnico de Enfermagem Médico da UBS
---	-------------------------------	-------------------------------	---

Tabela 35 - Onde será feito?

Na residência Na consulta médica e enfermagem	Nos centros sociais, centros de trabalhos e clubes.	Salas de esperas, de vacinas, residências, centros de trabalhos, escolas.	Nos centros sociais, centros de trabalhos e clubes.
--	---	--	---

Tabela 36 - Recursos necessários?

Folhas Esfignomanômetro Canetas	Folder informativo Data show TV Ponteiro Computador	Folder informativo Data show TV Ponteiro Computador	Pôster Folder informativo Computador
---------------------------------------	---	---	--

Fonte: autoria própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto não foi realizado somente no atendimento dos pacientes na UBS “Jose Perseu Vaz”. Tínhamos 873 pacientes cadastrados na UBS, mais com a triagem realizada nas consultas e pesquisas feitas pelos ACS nas visitas domiciliares, foram encontrados mais 24 pacientes com HAS, totalizando 897 pessoas com HAS.

Dentre os fatores de risco que provocam complicações atuamos naqueles que poderiam ser modificáveis como os fumantes, alcoólatras, sedentários, obesidade e dislipidemias. Conseguimos que 13 fumantes da amostra, 10 deles começaram o tratamento de cessação tabácica e hoje 9 deixaram de fumar e 1 ainda está em tratamento. Dos pacientes alcoólatras, 7 estão em tratamento, deles, 3 não estão bebendo e os outros tem recaídas, mas ainda estão em tratamento. Dos 7 obesos, 4 deles atualmente tem um Índice de Massa Corpórea (IMC) adequado e 3 possuem sobrepeso ligeiro. Antes de começar o trabalho na amostra escolhida tínhamos 14 usuários sedentários, hoje conseguimos que 100% façam caminhadas e outros participam na academia. Dos 41 pacientes com Dislipidemias, hoje há 33 com valores lipídicos normais com o tratamento e regime dietético adequado.

Com todas estas mudanças feitas temos menos riscos de complicações nestes pacientes.

Finalmente se comparamos a percentagem de pacientes hipertensos observamos que antes do inicio do trabalho foi de um 27,17% e agora temos 28,88% cadastrados.

De forma geral conseguimos mudanças em hábitos e estilos de vida destes pacientes que hoje fazem exercícios físicos, tem hábitos saudáveis na alimentação, e lutam por afastar hábitos tóxicos.

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n.16.Brasília,2006.p58.Disponível em : <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>Acesso:06 maio, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa como doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

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.

CHOBANIAN, A.V; BAKRIS, G.L; BLACKI, H.R .; *et al*. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, v. 42, p. 1206-52, 2003.

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

GIROTO, E; ANDRADE, S; CABRERA, M.A. S; MATSUOTO, T. “Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p1763-772,2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=313630&search=|joao-pinheiro>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **CIDADES, Informações Completas**. 2010. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Joao Pinheiro%C3%A7u%C3%AD](http://pt.wikipedia.org/wiki/Joao_Pinheiro%C3%A7u%C3%AD)>. Acesso 09 mar. 2015.

INTERSALT. Intersalt Cooperative Research Group. An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results of 24 hour urinary sodium and potassium excretion. **BMJ** , n. 297, p. 319, 1988..

JOÃO PINHEIRO. **Prefeitura Municipal de João Pinheiro**. Disponível em:<<http://www.joaopinheiro.mg.gov.br/index.php/nossa-cidade/dados-municipio>>. Acesso 09 mar. 2015.

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev Bras de Hipertens**, n. 8, p. 383-392, 2001.

MALTA, D.C., MOURA, L., SOUZA, F.M., ROCHA, F.M., FERNANDES, F.M. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006**. In: Saúde Brasil. Ministério da Saúde, Brasília,. 2009, p. 337–362.

MARTINS, I.S; MARUCCI, M.F.N.; MELENDEZ, V.G; COELHO, L.T; CERVATO, A.M. “Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população de área Metropolitana da Região Sudeste do Brasil”. **Revista de Saúde Pública**, v.. 31 n. 5, p. 466.71,1997.

MENDES, L. M. O; BARROS, J. S. T; BATISTA, N. N. L. A. L; SILVA, J. M. O. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, p.56-68, 2014.

MOURA, A. A.; GODOY, S.; TOGNOLI, S. H.; MENDES, I. A. C.. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 9, n. 4, p.7420-30, 2015.

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

PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.D; BARRETO, S.M. “Hipertensão arterial no Brasil”: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol serv saúde**, v. 15, p. 35-45, 2006.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E.C.: Metodologia Do trabalho Científico: **Método e técnica da pesquisa e do trabalho acadêmico**, 2ª ed.. Rio Grande do Sul. Universidade FREVALE. Brasil, 2013.

REDDY, K.S.; YUSUF, S. “Emerging Epidemilof cardiovascular diseases in developing countries”. **Circulation**, v. 97, p. 596-601, 1998.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n.1, supl.1, p.51, 2010.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/datasus/cgi/deftohtm.exe?siab/cnb/SIABSMG.def.>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2015 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/datasus/cgi/deftohtm.exe?siab/cnb/SIABSMG.def.>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Hypertension League. Self-measurement of blood pressure. **Bulletin of the World Health Organization (WHO)**, 66, n. 2, p. 155–159, 1988.

WONG,N.D; THAKRAL,G; FRANKLIN, S.S;. *et al.* “Preventing heart disease by controlling hypertension”: Impact of hypertensive subtype, stage, age and sex. **Am Heart**,, v.;145, p. 888- 895, .2003.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

ANEXO 1**Entrevista**

Data :___/___/___

Nome do paciente:_____

Idade:_____

Data de nascimento:___/___/___

➤ Sexo: () feminino () masculino

➤ Ocupação/ Profissão:

➤ Escolaridade:

➤ Perfil Clínico:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ PA: _____

➤ Doenças pessoais associadas:

➤ Doenças cardiovasculares familiares:

➤ Fatores de risco associados:

ANEXO 2**Questionário**

Data: ____/____/____

Nome: _____

Responda os seguintes questionamentos só marcando com uma X

➤ Adesão ao tratamento

1. O senhor ou a senhora tem alguma dificuldade para tomar seus remédios?

 sim não não se

2. O senhor ou a senhora toma os remédios na hora indicada?

 sim não não se

3. Quando se encontra bem, deixa de tomar seus remédios?

 sim não não se4. A hipertensão arterial é uma doença para toda a vida? sim não

5. O senhor ou a senhora sabe sim a hipertensão arterial têm cura?

 sim não não se6. A hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou remédios? sim não

7. Conhece que alguns dos seguintes elementos podem ajudar a sua saúde:

✓ Manter uma dieta balanceada sim não não se✓ Fazer o exercício físico sim não não se✓ Evitar o Tabaquismo sim não não se✓ Comer Baixo de sal sim não não se✓ Evitar o estres ou ansiedade sim não✓ Não consumir álcool sim não não se✓ Evitar os alimentos gordurosos sim não não se