

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCIS HERNANDEZ HERNANDEZ

CONTROLE DA HIPERTENSAO ARTERIAL COM O TRATAMENTO
NÃO MEDICAMENTOSO NO POSTO DE SAUDE DA FAMILIA

Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais.

2016

FRANCIS HERNANDEZ HERNANDEZ

**CONTROLE DA HIPERTENSAO ARTERIAL COM O TRATAMENTO
NÃO MEDICAMENTOSO NO POSTO DE SAUDE DA FAMILIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof.^aMe. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais.

2016

FRANCIS HERNANDEZ HERNANDEZ

**CONTROLE DA HIPERTENSAO ARTERIAL COM O TRATAMENTO
NÃO MEDICAMENTOSO NO POSTO DE SAUDE DA FAMILIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

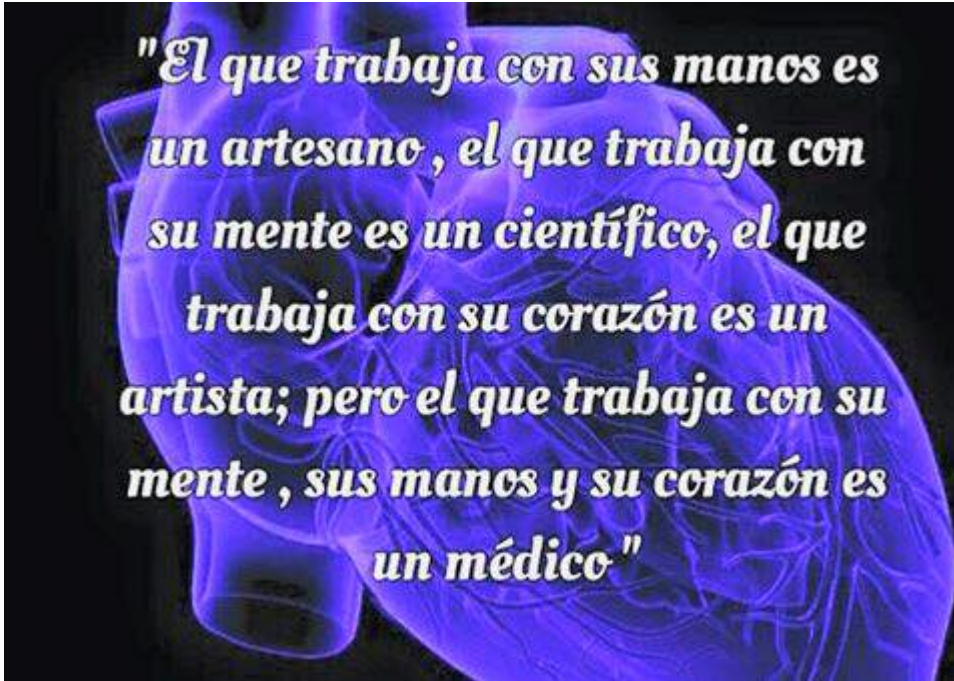
Orientador: Prof.^aMe. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

Banca Examinadora

Prof.^aMe. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato – Universidade Federal do Triângulo Mineiro/ UFTM - Orientadora

Prof. Dra. Emiliane Silva Santiago – Universidade Federal do Mato Grosso/ UFMT - Examinadora

Aprovado em SINOP: 26/02/2016



"El que trabaja con sus manos es un artesano, el que trabaja con su mente es un científico, el que trabaja con su corazón es un artista; pero el que trabaja con su mente, sus manos y su corazón es un médico"

"Quem trabalha com as mãos é artesão; quem trabalha com a mente é científico; quem trabalha com o coração é artista; Mas quem trabalha com a mente, as mãos e o coração é médico."

Dedicatória

A minha filha Shakira, meu maior tesouro, por ser minha fonte de motivação e crescimento profissional.

Agradecimentos

Meus sinceros votos de agradecimentos:

A minha orientadora Grace Kelly Naves de Aquino Favarato por sua consagração e paciência durante toda esta etapa, por ter me conduzido com profissionalismo.

A minhas queridas colegas por sua incansável ajuda durante toda esta etapa, onde recebi seu apoio incondicional.

RESUMO

A Hipertensão arterial é um dos principais problemas de saúde do município de Conselheiro Lafaiete na população adulta. Pela importância no controle e prevenção das complicações desta doença como infarto agudo do miocárdio, hemorragia cerebral e outras, o objetivo foi promover maior adesão a utilização do tratamento não medicamentoso no posto de saúde Djalma Rodriguez Fernandez da comunidade Buarque de Macedo, modificando hábitos e estilos de vida como: alimentação saudável, controle do peso corporal, prática de exercícios físicos, eliminar hábitos tóxicos, etc, desse modo reduzir a prescrição de anti-hipertensivos orais. Para seu desenvolvimento foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional PES, com os pacientes diagnosticados com HAS, elevando o nível de informação da população mediante palestras e atividades educativas, tendo como resultado maior número de pacientes com tratamento não medicamentoso e qualidade de vida.

Palavras chaves: hipertensão arterial, saúde da família, qualidade de vida.

ABSTRACT

Hypertension is one of the main health problems of the municipality Hafizabad in the adult population. The importance in the control and prevention of the complications of this disease such as myocardial infarction, cerebral hemorrhage and other, our goal is to promote greater use of the membership of drug treatment in the clinic Djalma Rodriguez Fernandez of the community Buarque de Macedo modifying habits and lifestyles as: healthy eating, weight control, exercise, eliminate toxic habits , etc., thereby reducing the prescription of oral antihypertensives. For its development was used the method of the Situational strategic planning PES, with patients diagnosed with SAH, raising the level of information of the population through lectures and educational activities, resulting in a greater number of patients with drug treatment and quality of life.

Key words: family health, HAS, life quality.

SUMÁRIO

I-INTRODUÇÃO	11
II-JUSTIFICATIVA	13
III- OBJETIVOS	14
IV- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	15
V-REVISAO DA LITERATURA	17
VI-PLANO DE AÇÃO	19
VII-CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
VIII-BIBLIOGRAFIA	27

I. INTRODUÇÃO

O município de Conselheiro Lafaiete situa-se a 96 km de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. É considerada uma das cidades mais antigas do estado e a 10ª cidade em qualidade de vida. Seu crescimento populacional anual é de 2%. Possui indústrias de pequeno e médio porte e uma empresa de transporte ferroviário, além de várias escolas de nível técnico e de línguas e quatro instituições de ensino superior. O município conta com cinco hospitais, sendo o mais importante o Hospital e Maternidade São Jose, e ainda uma policlínica municipal e vários centros de saúde (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2015). O município possui 123.275 habitantes, sendo que a população urbana é de 115.322 pessoas (IBGE, 2014).

Atualmente, Conselheiro Lafaiete esta em pleno crescimento com a construção de duas estações de tratamento de esgoto, um novo pronto socorro, mudança da sede da prefeitura e secretarias para um centro administrativo, além de varias obras de condomínios por toda a cidade (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2015).

O Programa Saúde da Família (PSF) conhecido hoje como Estratégia de Saúde da Família (ESF) inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças onde a família passa a ser o pilar fundamental, oferecendo atenção integral as pessoas (CAMPOS, 2005). O município possui 25 ESFs e sete postos de saúde, atendendo quase 100% da população lafaietense. Para atendimentos de média e alta complexidades, os pacientes são encaminhados através de um sistema de gestão e regulação assistencial e financeira de saúde, onde os mesmos são cadastrados e esperam meses ou ate anos para a realização de exames. Há sistemas de referencia e contra referencia para diferentes especialidades, dentro e fora do município.

A ESF Djalma Rodrigues Fernandes, no Distrito Buarque de Macedo, localizada na periferia da cidade, foi inaugurada em quatro de dezembro de 1977 e hoje atende um total de 1.239 pessoas, sendo que, 91% da população são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF funciona de segunda a sexta, das 07h00min as 12h00min e de 13h00min as 16h00min. A médica cubana apresenta uma agenda de trabalho com consultas espontâneas, consultas agendadas e visita domiciliar. Como parte do conveniado no projeto *Mais Médicos* para o Brasil, possui oito horas para estudo do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família na sexta-feira. A unidade está equipada com uma recepção com cadeiras suficientes

para os usuários, sala de enfermagem, sala de curativos e vacinação, sala de consultas médicas e uma sala de correios.

Na ESF acontece o desenvolvimento de diferentes programas voltados à saúde da mulher, atenção ao pré-natal, saúde da criança, controle de tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e doenças crônicas. A principal causa de morte são as doenças cardiovasculares e acidentes de trânsito.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, tem alta prevalência na população jovem e adulta e o seu custo social é extremamente elevado. A hipertensão é importante fator de risco às demais doenças do aparelho circulatório e está ainda associada às condições crônicas tais como, doença renal crônica e diabetes mellitus. Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde dos pacientes hipertensos, contribuindo para a perda da qualidade de vida, letalidade e para os altos custos sociais e do sistema de saúde (COELHO, 2009).

O manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas na vigilância da doença, das morbidades e de seus determinantes, a integralidade do cuidado e a promoção da saúde. É de suma importância a resposta do sistema de saúde no que diz respeito a gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, para que a população usufrua do mínimo que lhes tem direito.

II-JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica pela importância do controle e prevenção das complicações da HAS relacionado ao tratamento não medicamentoso, expondo que a educação em saúde pode trazer benefícios no sentido da desmedicalização e controle dos níveis da Pressão Arterial (PA). O plano de intervenção tem a intenção de promover maior adesão ao tratamento não medicamentoso (mudança no estilo de vida, menor ingestão de sal, controle do peso corporal, prática de exercício físico, entre outros) para o controle da hipertensão arterial na ESF de Buarque de Macedo.

III. OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

Implantar o plano de ação e acompanhar a adesão do tratamento não medicamentoso no controle da hipertensão arterial na ESF Buarque de Macedo no município Conselheiro Lafaiete.

Objetivos Específicos:

1-Alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso no controle da hipertensão arterial.

2-Melhorar os índices de pressão arterial nos pacientes com o diagnóstico de hipertensão arterial.

IV- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é um projeto de intervenção cujo tema é: “Controle da hipertensão Arterial com o tratamento não medicamentoso em uma unidade de Saúde da Família.” O estudo teve início no ano 2015 no município Conselheiro Lafaiete.

Para o desenvolvimento desta Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Os descritores utilizados foram: hipertensão arterial, saúde da família, qualidade de vida.

O cenário da intervenção será a ESF Djalma Rodrigues Fernandes de Buarque de Macedo, localizado no município de Conselheiro Lafaiete do Estado de Minas Gerais. Participaram da intervenção hipertensos, de ambos sexos, da zona rural, atendidos na ESF, em um total estimado de 80 pacientes.

As informações foram obtidas primeiramente através da consulta a prontuários e fichas, e também do diálogo com os pacientes para se conseguir dados sobre presença de hipertensão arterial, condições sócio-demográficas (sexo, idade, cor, situação conjugal, número de moradores no domicílio, naturalidade e religião); sócio-econômicas (escolaridade, renda familiar mensal per capita, atividade ocupacional); comportamentos relacionados à saúde (frequência semanal de ingestão de bebida alcoólica, hábito de fumar, índice de massa corporal (IMC) calculado com dados de peso e altura referidos, prática de exercício físico, alimentação saudável, presença de dislipidemia e outras doenças); uso de serviços de saúde; conhecimento e conduta em relação ao tratamento anti-hipertensivo.

Para se atingirem os objetivos propostos, foram realizados os seguintes procedimentos: identificação entre os usuários cadastrados assistidos na unidade de saúde, os indivíduos portadores de hipertensão arterial; encaminhamento dos pacientes selecionados para a realização da consulta de enfermagem, incluindo o registro de dados sobre o uso regular de medicamentos anti-hipertensivos, prática de atividade física, seguimento dietético e hábitos tóxicos. Captação, após a coleta de dados, dos hipertensos não aderentes ao tratamento para o controle da pressão arterial e outros fatores de riscos. Agendamento de

reunião com o grupo de hipertensos para apresentação dos participantes e definição dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde, a duração e os melhores horários. Além disso, foi explicado ao grupo a metodologia utilizada nas sessões de educação em saúde. Início das atividades grupais que desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura, palestras, mutirão.

Os recursos necessários humanos são a equipe de saúde, nutricionista, fisioterapeuta, pessoal da secretaria de saúde, pessoal da secretaria de ação social. Os recursos materiais são resma de papel A4, canetas, cartilhas, uma tablet, cartuchos de impressora, fichas de avaliação e combustível.

O período no qual o projeto de intervenção foi realizado foi de julho a dezembro de 2015.

V-REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um conjunto de alterações metabólicas, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo é importante e deve ser considerada na classificação do risco individual, com vista ao prognóstico e decisão terapêutica. Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

A hipertensão arterial é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social (CHOBANIAN *et al.*, 2003). O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção de saúde e prevenção a doenças, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais. Países têm adotado com sucesso esse modelo, como Cuba, enquanto outros como Holanda, Portugal, Canadá e Inglaterra adotam modelo semelhante, como o médico da família com igual sucesso. Esses modelos assistenciais sugerem que, além da organização da atuação integrada da equipe multiprofissional, a eleição da família como núcleo de assistência e a sua ligação direta com a unidade assistencial contam para a melhoria dos resultados (ANDERSON *et al.*, 2005).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a pressão arterial se associa positivamente com o risco cardiovascular, sendo que a relação entre morte por doença cerebrovascular e PA é também contínua, crescente e significativa em níveis superiores a 115/75 mmHg para todas as faixas etária. São considerados hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

No Brasil no ano de 2014, 29.4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, isso significa mais de 308 mil mortes. As principais causa de morte foram o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE), acometendo os homens em maior proporção (BRASIL, 2014). A doença cerebrovascular cujo fator de risco é a HAS, teve redução anual das taxas ajustadas por idades de 1.5% para homes e 1.6% para

mulheres. Apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação com outros países, tanto para doenças cardiovasculares como para cerebrovasculares (CASTRO *et al.*, 2009).

Geralmente, as causas da HAS são desconhecidas, por isso pode ser tratada eficazmente, diminuindo a pressão arterial a níveis normais e evitando consequências graves. A meta do tratamento é manter uma pressão arterial abaixo de 140/90. Em pacientes que apresentam doenças crônicas como diabetes mellitus ou doença renal crônica, a pressão arterial deve estar por abaixo de 130/80 (GIROTTI, 2009).

As bases do tratamento são: controle dos fatores de riscos como, manutenção de dieta adequada, diminuição do consumo de sal, prática de atividade física, manutenção do peso saudável, diminuição ou eliminar de hábitos tóxicos como tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas, controle do colesterol, entre outros. Além disso, o tratamento farmacológico com diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores, beta bloqueadores, bloqueadores dos canais do cálcio, antagonistas do sistema de renina-angiotensina. O tratamento pode ser monoterapia ou terapia combinada. (ISRAILI *et al.*, 2007).

Portanto, um grande desafio aos profissionais de saúde atualmente é o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Esse quadro apresenta relação intrínseca à equipe de saúde devido a sua necessidade direta de alcançar a qualidade de vida dos pacientes.

VI. PLANO DE AÇÃO

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade PS Djalma Rodrigues Fernandes – Buarque de Macedo percebe-se que existam pontos a serem melhorados. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial;
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus;
- Alta dependência a psicofármacos;
- Hiperlipidemia;
- Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento não medicamentoso;
- Baixo nível cultural da população;
- Alcoolismo;
- Baixa incidência de infecções respiratórias.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

QUADRO 1: Priorização de problemas da ESF Buarque de Macedo, 2015.

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Alta prevalência de Hipertensão Arterial	Alta	4	Dentro
Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento não medicamentoso.	Alta	5	Dentro

Baja incidência de infecções respiratórias.	Baixa	2	Parcialmente
Hiperlipidemia	Média	3	Dentro
Alcoolismo	Média	2	Parcialmente
Alta dependência a psicofármacos	Alta	4	Dentro
Baixo nível cultural e econômico da população	Média	2	Fora
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro

HERNANDEZ, 2015

Ordem de Prioridade:

- 1) Alta prevalência de Hipertensão Arterial
- 2) Alta prevalência de Diabetes Mellitus
- 3) Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento
- 4) Hiperlipidemias
- 5) Alta dependência a psicofármacos
- 6) Baixa incidência de infecções respiratórias
- 7) Baixo nível econômico e cultural da população
- 8) Alcoolismo

Terceiro Passo: Descrição do Problema

No trabalho diário das consultas, observa-se um número considerável de pacientes hipertensos e percebe-se que, sendo esta a doença a de maior prevalência na população e o principal problema de saúde, a grande maioria destes pacientes controla os valores de PA com

o uso de medicamentos anti-hipertensivos e não tem adesão ao tratamento não medicamentoso. Esse contexto é a motivação para a realização de um trabalho educativo para melhorar os índices de pressão arterial nos pacientes com o diagnóstico de hipertensão.

Quarto Passo: Explicação do problema

Conceitualmente, a hipertensão arterial é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados de pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg e é considerado um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

O tratamento da hipertensão é baseado em dois pilares fundamentais: aquele orientado às mudanças no estilo de vida e no tratamento farmacológico. Ambos os lados do tratamento não são independentes, portanto, a adesão a ambos é necessária. O presente trabalho se norteará por um dos pilares, que é adesão ao tratamento não medicamentoso para diminuir a poli farmácia e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A adesão ao tratamento não medicamentoso é a conduta do paciente em relação às mudanças no estilo de vida, melhoramento do seu peso corporal e hábitos alimentares, além do comparecimento as consultas médicas programadas.

Assim a adesão ao tratamento não medicamentoso esta relacionada aos fatores comportamentais como a percepção e formas de enfrentamento da diversidade e com fatores externos como problemática de vida e redes de apoio.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

- 1) Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre o tratamento não medicamentoso).
- 2) Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável.
- 3) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

Sexto passo: Desenho das operações

QUADRO 2: Desenho das operações da ESF Buarque de Macedo, 2015.

Projeto/operação	Resultados esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis
Nível de informação	População com maior nível de informação sobre HAS	Conhecer sobre os benefícios do tratamento não medicamentoso para a HAS.	Avaliação do nível de informação da população e capacitação dos profissionais de saúde.	Médico e enfermeiro
Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir uso de poli farmácia para o controle da HAS	Elevar o nível de conhecimento sobre a doença e alcançar estilos de vida saudáveis.	Palestras educativas Cartazes, fotos, dinâmicas de grupo.	Medico e enfermeiro
Adequar o processo de trabalho da equipe.	Aumentar número de pacientes com tratamento não medicamentoso	Capacitação do pessoal.	Modificar processo de trabalho da equipe através de linhas de cuidados e protocolos.	Medico e enfermeiro

Hernandez, 2015

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos:

QUADRO 3: Identificação dos recursos críticos da ESF Buarque de Macedo, 2015.

Operação /projeto	Recursos críticos
Elaboração do projeto	Financeiros: aquisição de matérias
Desenvolvimento e Avaliação do projeto.	Político: secretaria de saúde, a prefeitura e outras instituições sociais. Financeiro: aquisição de material

Hernandez, 2015

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

QUADRO 4: Análise da viabilidade na ESF Buarque de Macedo, 2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Atividade que controla	Motivação	
Incrementar uso de tratamento não medicamentoso nos pacientes com HAS.	Econômico: minimizar o uso de poli farmacia. Educativo: Melhorar a qualidade de vida desses pacientes.	Prefeitura, Secretaria de Saúde, Posto de Saúde e outras entidades.	Satisfatória.	Trabalho de Equipe.

Hernandez, 2015

Nono passo: Elaboração do plano operativo

QUADRO 5: Elaboração do plano operativo da ESF Buarque de Macedo, 2015.

Estratégia	Objetivo	Método	Público alvo	Responsável	Prazo

Palestra educativa	Tema: HAS e principais sintomas e sinais.	Dinâmica de grupo, vídeos.	População hipertensa adstrita ao estudo.	Medico e enfermeiro	Agosto
Palestra educativa	Conscientizar os indivíduos tabagistas e com outros fatores de riscos.	Tema da palestra: “Principais fatores de riscos da hipertensão e hábitos nocivos”. Uso de vídeos e cartazes.	Hipertensos adstritos ao estudo.	Medico e enfermeira	Setembro
Palestra educativa	Conscientizar os indivíduos sobre a importância de mudar hábitos tóxicos e estilos de vida.	Tema da palestra: “Complicações da HAS e o que fazer para evita-las”. Uso de vídeos, cartazes.	Hipertensos em estudo.	Medico e enfermeiro	Outubro
Avaliação	Avaliar a eficácia da proposta de intervenção	Questionários e consultas individuais.	Hipertensos em estudo.	Medico	Novembro

HERNANDEZ, 2015

Décimo Passo: Resultados pretendidos

- Consultar 100% dos pacientes hipertensos participantes do projeto.
- Capacitar 100% da equipe de saúde acerca dos fatores de riscos associados à hipertensão arterial para identificar os principais fatores de risco relacionados nestes pacientes.
- Capacitar 100% da equipe de saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado dos pacientes hipertensos.
- Aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso em 90%.
- Incentivar em 100% a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e uso racional de medicamentos.
- Aumentar o nível de conhecimento destes pacientes em 95% acerca da doença hipertensiva, seus principais fatores de risco e complicações por meio de ações educativas realizadas por a equipe de saúde.
- Incentivar 100% dos pacientes hipertensos para a prática da atividade física regular no programa Academia da saúde.
- Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável e diminuir os hábitos tóxicos em 100% dos pacientes.
- Articular ações para prevenção e controle dos fatores de risco em 100% dos pacientes participantes deste projeto.

VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de concluído o trabalho, acredita-se que foi muito importante tal intervenção, haja vista que, no continente americano a HAS afeta cerca de milhões de pessoas e a metade desconhece ser portador desse processo patológico, por ficar assintomático e não procurar serviço médico. Esses resultados são preocupantes uma vez que, a hipertensão é fator de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, provocando inúmeros óbitos na população. Sendo assim, deve-se aumentar o acesso a informação e ao conhecimento pelos pacientes com a realização de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças nas unidades básicas de saúde e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, M.P; GUSSO, G; CASTRO FILHO, E.D. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. Rev APS, 8(1):49-60, 2005.
2. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311830&search=minas-gerais|conselheiro-lafaiete>. Acesso em: 01 jan.2016.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país. Portal Brasil, 2014. Acesso em 01/02/2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002.[Internet] [citado 22 setembro 2014] Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.
5. CAMPOS, C.E.A. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Revista APS, v.8, n.2, p. 181-190, jul./dez. 2005.
6. CASTRO et al. Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. Revista da Associação Médica Brasileira, vol.55 n.5, São Paulo 2009.
7. CHOBANIAN, A.V; BAKRIS, G.L; BLACK, H.R; CUSHMAN, W.C; GREEN, L.A; IZZO, J.L.Jr. Seventh report of fue Joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Hypertension, 42(6):1206-52, 2—3.
8. CHRESTANI, M.A.D; SANTOS, I.S; MATIJASEVICH, A.M. Hipertensão Arterial sistêmica auto-referida:validação diagnóstica em estudo de base populacional. CAD Saúde Publica; 25(11):2395-406, 2009.
9. CIPULLO, J.P., et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.94. no4, São Paulo, abr.2010.

10. COELHO, C.F; BURINI, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Rev. Nutr. [internet], 22(6): 937-46, 2009. Acesso em 20 setembro 2014. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>.
11. COSTA, J.S.D; BARCELLOS, F.C; SCLOWITZ, M.L; SCLOWITZ, I.K.T; CASTANHEIRA, M; OLINTO, M.T.A., et al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. Arq Bras Cardiol; 88:59-65, 2007.
12. GOMEZ, M.A.M; NOBRE, F; AMODEO, C; KOHLMANN, Jr. O; PRAXEDES, J.N; MACHADO, C.A, et al. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. ;82(Sul IV):7-14, 2004.
13. ISRAILI, Z.H; HERNÁNDEZ- HERNÁNDEZ, R; VALASCO, M. Future of antihypertensive treatment. AM J ; 14(2):121-134, 2007.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES; 1993.[internet] [citado 21 setembro 2014] Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.
15. NINO Jr,D; PIERIN, A.M.G. Hipertensão Arterial. In: Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas-Programa de Saúde da Família. São Paulo: Ministério de Saúde; p.276-282, 2001.
16. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças Crônicas Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; [internet] 2003. p. 60.[citado 22 setembro 2014] Disponível em: <http://www.amb.org.br/>.
17. PERES, D; MAGNA, J.M; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Pública, 37:635-642, 2003.
18. PICCINI, R.X; VICTORIA, C.G. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco.Rev Saúde Pública; 28(4):261-7, 1994.

19. PREFEITURA DE CONSELHEIRO LAFAIETE. História do município. Disponível em: <http://conselheiolafaiete.mg.gov.br/portal/historia>. Acesso em: agosto 2015.
20. ROSÁRIO, T.M; SCALA, L.C.N.S; FRANÇA, G.V.A; PEREIRA, M.R.G; JARDIM, P.C.B.V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. Arq Bras Card, v.93, n.6, p.672-678, 2009.
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2007; 89 (3): e24-e79).
22. SOUSA, A.L. Educando a pessoas hipertensa. In: Pierin AMG, organizadora. Hipertens'ão arterial Uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole;,p. 165-184, 2005.