

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

ISRAEL MORA GUTIÉRREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UBS MARIA JOSE FALEIRO NO MUNICÍPIO
CARMÓPOLIS DE MINAS/MG.**

FORMIGA, MG

2016

ISABEL MORA GUTIÉRREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UBS MARIA JOSE FALEIRO NO MUNICÍPIO
CARMÓPOLIS DE MINAS/MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

FORMIGA, MG

2016

ISABEL MORA GUTIÉRREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UBS MARIA JOSE FALEIRO NO MUNICÍPIO
CARMÓPOLIS DE MINAS/MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Fernanda Magalhães Duarte Rocha (orientadora)

Examinador 2: Virgiane Barbosa de Lima.

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser essa força que pode tudo.

A minha família, que desde tão longe nunca deixo de me dar o apoio moral e sentimental para seguir adiante.

A meu país, ter-me dado a oportunidade de cumprir com meu trabalho neste maravilhoso país.

Ao Governo da República Federativa do Brasil pela criação do Programa Mais Médicos para o Brasil.

A todos os professores e professoras que me acompanharam durante minha especialização dando seu apoio para seguir adiante.

A minha orientadora.

A toda a equipe de saúde da família, Maria Jose Faleiro pelo apoio.

A Prefeitura municipal de Carmópolis de Minas pelo apoio.

É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta.

Michel de Montaigne.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. É um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, ela é uma dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre hábitos e estilo de vida na área de abrangência do Programa de Saúde da Família da Unidade Maria Jose Faleiro, do distrito Bom Jardim das Pedras, Carmópolis de Minas, Minas Gerais. Foi realizada uma revisão da bibliografia recente e construído um projeto de intervenção utilizando-se como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional. Após analisadas todas as informações, conhecemos melhor as condições de saúde e risco desse grupo da população, em médio e curto prazo, planejamos e programamos ações de promoção e educação em saúde. O projeto de intervenção incluiu estratégias para aumentar o conhecimento sobre a doença, estimular a mudança dos hábitos e estilos de vida saudáveis, além de ações para reorganizar o processo de trabalho da equipe. Acredita-se que o plano de ação tenha condições de conscientizar e levar esclarecimento sobre a importância das mudanças do estilo de vida para reduzir os casos de HAS e contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras- chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Hábitos e estilos de vida. Fatores de risco.

ABSTRACT

The Hypertension is a chronic disease determined by high levels of blood pressure in the arteries, which causes heart has to exert more effort than normal to circulate blood through the blood vessels. It is a serious public health problem in Brazil and worldwide, it is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. This study aims to develop an intervention project to increase the level of knowledge of hypertensive patients about habits and lifestyle in the coverage area of the Health Program of the Family of Mary Unit Jose Faleiro, district Bom Jardim das Pedras, Carmópolis Minas, Minas Gerais. a review of recent literature was performed and built an intervention project using as methodological basis the Situational Strategic Planning. After considering all information, we know better health conditions and risk of this population group, in the medium and short term, planned and scheduled actions promotion and health education. The intervention project included strategies to increase awareness about the disease, stimulate change of healthy habits and lifestyles, as well as actions to reorganize the team work process. It is believed that the action plan is able to raise awareness and bring clarification about the importance of lifestyle changes to reduce cases of hypertension and contribute to improving the population's quality of life.

Key words: Hypertension Sistêmica. Habits and life styles. Risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO. Centro de especialidades odontológicas

DCNT. Doença crônica não transmissível.

ESF. Estratégia de saúde da família.

HAS. Hipertensão Arterial Sistêmica.

NASF. Núcleo de apoio à saúde da família.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde.

PES. Planejamento Estratégico Situacional.

SB. Saúde Bucal.

UBS. Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS.....	28
4 METODOLOGIA.....	29
5 REFERENCIAL TEÓRICO	31
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45

1INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2005).

Seguindo essa tendência mundial, no Brasil as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (dados de 2012). Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde. Ainda mais pelo forte impacto das DCNT na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral. As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (SILVA-JUNIOR, 2009).

Em geral, essas doenças são de longa duração, múltiplas, exigem acompanhamento multidisciplinar permanente, intervenções contínuas e requerem que grandes recursos materiais e humanos sejam despendidos, gerando encargos ao sistema público e social. No Brasil, por exemplo, elas respondem por, aproximadamente, 70% dos gastos assistenciais com a saúde (MONTEIRO. et al., 2009).

A Hipertensão Arterial é considerada grave problema de Saúde Pública, por estar associada ao aparecimento de outras doenças crônico-degenerativas que trazem repercussões negativas à qualidade de vida. Dentre os agravos salientam-se

as doenças cardiovasculares e cerebrais como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), uma das principais causas de morte originária da Hipertensão Arterial não controlada (SARAIVA. et al.,2007).

No grupo dessas doenças, a hipertensão arterial destaca por ter uma historia natural prolongada, multiplicidade de complexos fatores de risco, interação de causas etiológicas e biológicas conhecidas e desconhecidas. Apresenta curso clínico em geral assintomático, constante para toda a vida, com periodicidade, manifestações clínicas estáveis e outras de exacerbação, evoluindo para graus variados de incapacidade ou para a morte (LESSA, 1998)

Este trabalho emerge de nosso cotidiano, que lida com as formas de vidas de clientes numa unidade básica de saúde. Desse modo, temos o intuito de conhecer melhor o estilo de vida do usuário, relacionando-o com o cuidado em saúde. O conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem um papel importante. “Assim para determinados autores, a doença pode resultar de formas poucos saudáveis” de viver (CLÉMENT, 2006, p.15).

Aparentemente isso pode parecer óbvio, numa perspectiva de causa e efeito, sem levar em consideração os vieses do contexto da saúde.

Para iniciar este trabalho farei apresentação do município e da área de abrangência, onde será aplicado o projeto de intervenção.

Identificação do município

O nome de nosso município é Carmópolis de Minas e tem uma população total de 19.645 habitantes. Atualmente o Prefeito municipal é Geraldo Antônio Silva (PSD 2013- 2016). A Secretaria da Saúde é representada por Daniela Leite Garcia Silva de conjunto com a coordenadora de Atenção Básica Daniane Maria Faleiro e a coordenação da Atenção à Saúde Bucal é feita através de Pollyana Alvim Silva.

Histórico e descrição do município

Carmópolis dista 107 km da capital mineira e tem como municípios limítrofes: Itaguára, Cláudio, Carmo da Mata, Oliveira, Passa Tempo e Piracema. O primeiro nome da localidade foi Japão, segundo documentos de 1862, quando foi criada a freguesia pela Lei Provincial n. 1144 de 24 de setembro. Em 27 de dezembro de 1948 foi elevada à categoria de cidade com o nome de Carmópolis de Minas. O nome - "cidade (polis) do Carmo" - homenageia sua padroeira Nossa Senhora do Carmo e remete ao Monte Carmelo, por sua topografia montanhosa. Para o antigo nome, contam-se duas versões: teria provindo de um pássaro homônimo da região ou da expressão "já há pão" pronunciado pelos bandeirantes ao serem acolhidos pelos habitantes locais quando de sua povoação. Há ainda um povoado rural que conserva o antigo nome da cidade, o povoado do Japão Grande.

Os primitivos habitantes da região foram os índios Carijós, Goianazes e Cataguás. Por volta de 1700, a região recebeu os primeiros brancos, bandeirantes paulistas e portugueses, em demanda ao sertão goiano. Prosseguindo em sua aventura, teriam estes brancos deixados alguns remanescentes cuidando da lavoura, para se garantirem de suprimento durante o regresso. Anos depois, ao voltarem, encontrou o local já desenvolvido, tendo-lhes sido oferecido até pão,

manufaturado com trigo de plantio local. Em 1807 foi iniciada a construção da Igreja Matriz, pelo padre Domingos da Costa Guimarães. O povoado foi se desenvolvendo lentamente, e em 1862 passou a ser termo da Vila de Oliveira, assim permanecendo até sua emancipação em 1948, vindo a receber o nome de Carmópolis de Minas.

Destacam-se quatro sítios arqueológicos na cidade, onde são encontrados petróglifos – rochas originárias do período da pré-história, que contêm inscrições gravadas em sua superfície.

Carmópolis de Minas é um município brasileiro localizado no Estado de Minas Gerais. Pertence á Microrregião Santo Antônio do Amparo e GRS Divinópolis..

Localizada na Bacia do Rio São Francisco tem como afluente principal o RIO PARÁ, possuindo ainda o Ribeirão Japão Grande e o Ribeirão do Curral como afluentes do Rio Pará. O município possui um clima agradável, cuja temperatura média é de 21,8° c, e acesso às rodovias MG 270 e BR 381. O município de Carmópolis de Minas possui um relevo bastante acidentado, o que dificulta a mecanização agrícola. Há uma área de preservação ambiental chamada de Mata do Cedro que integra a Mata atlântica. Os principais aglomerados populacionais rurais estão localizado nos povoados Bom Jardim das Pedras localizado a 6 km da sede, Pov. Japão Grande localizado a 8 km e Pov. São José de Carmópolis localizado a 7 Km.

Na área urbana o município apresenta 13 bairros dispostos em círculo sob a região central da cidade. A área urbana possui 3.623 imóveis residenciais em bom estado de conservação. Algumas áreas de risco podem ser destacadas como a população residente próximo ao Córrego Lava-pés, local onde frequentemente

ocorre o descarte de lixo doméstico e a população localizada na parte alta do Bairro de Fátima onde predomina uma população de baixo poder aquisitivo.

O transporte coletivo abrange os povoados: Japão Grande, Bom Jardim das Pedras, Pará, Gerais, Olhos da água, São José de Carmópolis. O transporte intermunicipal é realizado pela empresa SARITUR.

Tomando por base o PIB de 2004 que foi de 75.668 mil reais, o PIB per capita foi calculado em 5.142 reais, sendo o percentual de maior participação o setor de serviços, seguido da indústria e em terceiro lugar a agropecuária.

Carmópolis de Minas está aliada ao sistema viário de rodovia, que liga a cidade aos principais centros urbanos do país e outras importantes cidades do estado pela BR 381, beneficiando assim o seu crescimento. Distância em quilômetros de algumas localidades como Belo Horizonte 107 km, Betim 94 km, Divinópolis 100 km, Itaúna 83 km, Lavras 132 km, Pouso Alegre 285 km, Rio de Janeiro 466 km, São João Del Rei 137 km, São Paulo 481 km, Varginha 209 km.

2-Diagnóstico Situacional

2.1- Aspectos Demográficos

Localiza-se na região Centro Oeste de Minas segundo dados do IBGE/2014 possui uma população de 9460 do sexo feminino e 10185 do sexo masculino segundo dados do DATASUS.

A área total do município é de 401 km quadrados e o número aproximado de domicílios e famílias è de 4.984. A Taxa de Urbanização de 69.3 % e o Índice de Desenvolvimento Humano é 0.749, considerado alto, mais a Renda Média Familiaravaliada em 634.07 Reais.

A Taxa de Crescimento Anual em Carmópolis de Minas apresenta um índice médio de crescimento populacional de 0,5697 % ao ano, nos últimos sete anos e a densidade demográfica são de 42,62 hab./km².

A Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é 23.43 % e o 87 % da população é usuária da assistência à saúde no SUS.

O padrão de vida é baixo, mas nós temos um número considerável de famílias que poderiam ser considerados de classe média, porque eles são os donos dos tomates Hortas e gado. Por tudo isso é lógico que 100% da nossa população vive da agricultura.

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2014 no Município Carmópolis de Minas.

Quadro 1: Aspectos demográficos: população, por grupos de idade do município Carmópolis de Minas, Minas Gerais, 2014.

Município: Carmópolis de Minas											
Total da População: 19.645 habitantes											
No de Individuos	menor 1a	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	60 más	Total
Área Urbana	77	603	302	572	1080	1205	4306	1955	1623	2004	13727
Área Rural	30	253	117	255	450	507	1715	777	693	1121	5918
Total	107	856	419	827	1530	1712	6021	2732	2316	3125	19645

Fonte: SIAB (2015)

Saneamento Básico

Segundo dados obtidos junto ao SESAM, uma autarquia municipal responsável pelo saneamento básico e vigilância ambiental, o percentual de residência com rede de esgoto é de 99,9% na zona urbana e 11% na zona rural. A distribuição de água tratada atende a 100% das residências na área urbana e 93% na área rural.

Educação

No âmbito educacional temos que a taxa de escolarização encontra-se em 91,7%. O Índice de desenvolvimento da educação básica absoluta relativa tem diferenças entre anos iniciais do Ensino Fundamental, anos finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio com 5.2 %, 4.2 % e 3.7 % respectivamente. A taxa de alfabetização é de 94,06% da população acima de 15 anos.

Existem 7 Estabelecimentos de Ensino Pré-Escolar, 10 Estabelecimentos de Ensino Fundamental, 02 Estabelecimentos de Ensino Médio e 01 Estabelecimento de Ensino Superior.

O município dispõe de 1 Conselho Municipal de Saúde com 9 membros e a regularidade das reuniões dele é mensal.

2.2-Aspectos socioeconômicos

Atividades econômicas e arrecadação

A população economicamente ativa corresponde aos setores agropecuários, industrial, comércio de mercadorias e serviços. As principais empresas industriais são: Fabricação de Produtos alimentícios e Bebidas, Confecção de Artigos do Vestuário e Acessórios, Fabricação de Artigos de Borracha e Plástico, Fabricação de Produtos Minerais Não Metálicos, Fabricação de Produtos de Metal- Excluindo Máquinas e Equipamentos.

Na agropecuária o município destaca-se pela produção de produtos hortifrutigranjeiros, principalmente o tomate sendo responsável pela produção em 2003 de 24.000t, seguidos da produção de cana-de-açúcar (2.800t), milho (2.250t)

galináceos (41.290 cabeças), bovinos (24.240 cabeças), suínos (4.252 cabeças) e equinos (1.280 cabeças).

A taxa de emprego é relativamente alta e está intimamente relacionado com os principais trabalhos estão na agricultura, principalmente no cultivo e comercialização de tomate dentro e fora da comunidade e do município. Além disso, como os empregadores têm COPOBRAS que, embora a empresa não esteja inserida na comunidade número não muito considerável, especialmente as mulheres, são empregados na mesma.

3. Sistema Municipal de saúde

O Orçamento destinado à saúde é de 11.770.353,00 reais. A atenção básica conta com 5 Equipes de saúde da família, o município não tem Núcleo de apoio a saúde da família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) nem Equipe de Saúde Bucal.

Atualmente os serviços médicos e odontológicos do setor privado têm oferecido à população carmopolitana e também á municípios vizinhos várias especialidades como: Consulta em Geriatria, Dermatologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral Bariátrica, Angiologia, Otorrinolaringologia, Ultrassonografia, Psiquiatria, Neurologia, Psicologia, Ortopedia, Implantodontia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

Carmópolis de Minas possui um hospital filantrópico com 35 leitos e uma cota de 67AIH's mensais (incluindo as referências).

As principais causas de internações são: Doenças do aparelho circulatório seguidos de Doenças do aparelho respiratório. As Redes de Média e Alta

Complexidade só dispõe da Santa Casa. Como Recursos Humanos em Saúde o município tem 183 pessoas.

A Taxa Bruta de Natalidade do Município é de 18,4/1000 habitantes o que acompanha a taxa bruta de natalidade do Estado de Minas Gerais que é de 19,07/ habitantes. A taxa de mortalidade neonatal do município é de 20,61/1000 referente ao ano de 2014. Não há ocorrência de óbito entre a população de 1 a 5 anos.

A Taxa de Mortalidade Geral é de 4,14/1000 referente ao ano de 2014, observando declínio se comparado ao ano de 2013 que foi de 6,1/100 habitantes.

As principais causas de óbito do município são: Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Digestivo, Neoplasias. Normalmente, morrem de neoplasias malignas com suas complicações.

Recursos da comunidade

Os principais recursos de nossa comunidade são um laboratório que não funciona em tempo integral, e que só leva amostras de sangue para outro, que está localizado no centro da cidade. Também há apenas uma escola primária e uma creche localizada no lado do nosso posto de saúde. Há três igrejas, duas delas Católica.

Os principais serviços comunitários existentes são: energia elétrica a partir da rede e iluminação pública municipal. O serviço de água da rede pública é utilizado por 36,78% de famílias (281). Existe a telefonia fixa. Não há sinal para uso do telefone celular. Há um local que funciona como Correios do Brasil. Não há instituições bancárias.

ESF Rural 01 – Sul Maria José Faleiro

Como médico do Programa Mais Médico para o Brasil está inserido na **ESF RURAL 01- SUL Maria Jose Faleiro** do distrito Bom Jardim das Pedras, localizada na Rua Gervásio Pinto de Souza, numero 130 e fica a 6 quilômetros da cidade. O acesso para chegar a ela é fácil além de ser uma estrada não pavimentada com relevo irregular.

A nossa área de abrangência é muito extensa e algumas de difícil acesso, atende diferentes povoados como:

Pov. Bom Jardim das Pedras. Pov. Capão 4 km, Pov. Formiga 1 km, Pov. Mata 15 km, Pov. Pé do Morro 18 km, Pov. Morro Alto 23 km, Pov. Paciência 12 km, Pov. Gerais 5 km, Pov. Formiguinha - 2 km, Pov. Olhos d'água 4 km.

O Horário de atendimento da ESF é de segunda a sexta feira no horário de sete horas da manha até às quinze horas da tarde. A nossa unidade de saúde oferece diferentes serviços, dentro destes temos: Consulta Médica programada de segunda a quinta feira, Vacinação diariamente, Curativos diariamente, Nebulização diariamente, Dispensação de medicamentos diariamente, Coleta de exames laboratoriais cada quinze dias, Atendimento odontológico diariamente, Teste do pezinho e Educação em Saúde com a suas atividades programadas. A Cobertura de vacinação: a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi 97%.

A População em geral cadastrada: 2.530 habitantes, distribuídos por sexo em 1377 homens e 1153 mulheres. Todos pertencentes a 763 famílias.

Tabela 1: População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família Maria Jose Faleiro, município Carmópolis de Minas, 2014.

FAIXA ETARIA	NUMERO	PORCIENTO
Menor de 1 ano	24	0.96
1 a 4 anos	114	4.50
5 a 6 anos	54	2.13
7 a 9 anos	125	4.94
10 a 14 anos	205	8.10
15 a 19 anos	230	9.09
20 a 39 anos	758	29.9
40 a 49 anos	328	12.9
50 a 59 anos	257	10.1
Mayor de 60 anos	435	17.2
Total	2530	100.0

Fonte: SIAB (2015).

Socialmente, nossa comunidade não tem grandes problemas, tais como crime, roubo, mas se temos um alto índice de pessoas com o consumo excessivo de álcool e menor quantidade de entorpecentes. O índice das crianças entre 7 e 14 de frequentam a escola é de 98,17%. Há 227 pessoas com cobertura por planos de saúde. Apenas uma família é ajudada pelo Programa Bolsa Família Federal e 648 famílias estão inscritos no CAD-ÚNICO. 100% das casas são de tijolos e adobe. A

disposição final de Fezes / Urina é pelo sistema de esgoto em 35,34% das famílias, os poços de 56,81% e 7,85% a céu aberto. SIAB (2015).

A população em sentido geral tem uma baixa cultura sanitária, má hábitos dietéticos e muito baixos susceptibilidade de risco. Em sentido geral tenho um grande trabalho à frente para conseguir um ótimo estado de saúde em minha área de abrangência, mas creio que em pouco tempo ficará muito melhor. Nossa equipe, agora completa, tem vontade e disposição para mudar todo o mal feito e vamos trabalhar para isso.

Recursos humanos

A nossa equipe esta conformada por: 01 enfermeira, 01 médico, 01 Auxiliar de enfermagem. 02 Técnicos de enfermagem. 08 ACS. 01 dentista. 01 auxiliar de consultório dentário. 01 Auxiliar de serviços gerais. 01 auxiliar de saúde.

Principais atividades desenvolvidas pela equipe.

Nossa equipe programa os atendimentos de acordo com a demanda identificada e traça atividades para melhorar os indicadores, como por exemplo, são:

-Atividades de Promoção e Prevenção de Saúde Bucal onde os integrantes da equipe ensinam a forma certa de escovar os dentes, a frequência da escovamento, os alimentos que podem consumir os pacientes e não fazem mal para o esmalte dos dentes também a frequência para mudar a escova e a visita à Odontologia ao menos duas vezes em um ano.

-Atividades de Promoção e Prevenção de Saúde promovendo a importância de manter compensadas às doenças crônicas não transmissíveis, facilitando

conhecimentos, indicando o tratamento correto, o jeito de preparar os alimentos saudáveis, as proporções que deve comer durante o dia e sua frequência.

-Incorporação de pacientes ao grupo que pratica exercício físico na UBS o preparador físico previa valoração pela especialista em fisioterapia da UBS depois de serem selecionados os exercícios aptos para cada tipo de pacientes.

- A incorporação de um maior número de pacientes por grupo de Idosos com atividades semanais.

E claro que todas estas atividades são executadas por nossa Equipe de Saúde Familiar fundamentalmente durante a visita domiciliar que se desenvolve duas vezes por semana em nossa área de abrangência onde são identificados os pacientes com algum tipo do risco e depois de uma valoração integral é brindada a informação. Em caso de que a pessoa não fora intelectualmente competente as informações são oferecidas a seus representantes os familiares. Em sentido geral essas atividades de Promoção e Prevenção de Saúde ajudam a diminuir o número de consultas agendadas. Ainda se trabalha muito em esse sentido e temos um largo caminho para frente.

Área Física

Nossa unidade básica de Saúde de forma construtiva tem boas condições que conta com uma infraestrutura adequada a acordo a normas de SUS, esperando brindar um serviço de excelência, com qualidade requerida, tentando elevar o nível de saúde e satisfação de nossa comunidade. A unidade è espaçosa, com muitos quartos para desenvolver o trabalho diário como uma consulta médica, Sala de Vacinas, Sala de fisioterapia, sala de atendimento odontológico, Sala de curativos, Sala de preventivos, sala de reuniões, esterilização, 4 banheiros, cozinha e sala de

espera, mais sala de arquivo, teto e paredes são de concreto e vidro, agora precisamos de pintar para uma imagem mais bela e acolhedora.

Os Principais problemas identificados em nossa Equipe de Saúde da Família.

- 1- Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- 2- Elevado número de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.
- 3- Elevado consumo de benzodiazepínicos.

Dos três grandes problemas identificados, nós escolhemos o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão Arterial Sistêmica) para fazer uma análise completa da situação que vive a nossa população com este problema de saúde.

Tabela 2: Descritores do problema Hipertensão Arterial Sistêmica na Equipe Saúde da Família Maria Jose Faleiro. Carmópolis de Minas. Minas Gerais.

Descritores	Valores	Fontes
Total de Habitantes	2530	Registro da equipe
Total de Hipertensos Cadastrados	621	SIAB
Total de Hipertensos Acompanhados	423	SIAB
Total de Hipertensos Controlados	325	Registro da equipe
Total de Hipertensos Descontrolados e/ou não acompanhados	198	Registro da equipe

Fonte: SIAB (2015).

O maior desafio a ser enfrentado na ESF Maria José Faleiro para o controle e prevenção de novos casos da HAS está relacionado às mudanças de hábitos dos usuários no que diz à alimentação e a prática de atividade física. Entre tanto, a falta de oportunidade e de opções de lazer para a comunidade é um fator dificultador.

Ser profissional do Programa Mais Médicos para o Brasil tem sido um desafio muito grande para mim como profissional da saúde, primeiro pela mudança da minha língua que pensei seria muito difícil para conseguir a aceitação da minha população e que de fato nunca foi, porque desde o primeiro contato com eles todo foi uma excelente relação médico-paciente, Segundo a experiência maravilhosa de chegar à trabalhar no Brasil, considerado o gigante sul-americano e conhecer bem de perto a sua cultura tão milenária sobre tudo no estado Minas Gerais, e por último ter tido a oportunidade de cursar a especialização estratégia da família, tão importante para o nosso trabalho e o apoio incondicional ao SUS.

2JUSTIFICATIVA

O estilo de vida é compreendido como um modo de viver que conduz à maneira de ser decada um, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural à qual se encontra inserida. A decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida envolve os aspectos externos e os processos mentais. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas de cada pessoa diante das tensões do cotidiano.

Um dos objetivos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) é modificar o quadro atual da prevalência das doenças crônicas, por meio da mudança no estilo de vida, que pode influenciar vários fatores de risco. A inatividade física, o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo são os principais fatores de risco, potencialmente controláveis, da hipertensão arterial (OPAS, 2003).

Entende-se que o estilo de vida envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que a objetivação da saúde e ou da doença tem uma dimensão psicossomática, que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde. Desse modo, as doenças, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, na qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio.

Segundo Braccialli (2012) e Linard (2011) a Estratégia de Saúde da família (ESF) é norteadada pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS); integralidade, equidade e universalidade, tem como dever a promoção, prevenção, recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos, que são ações que

devem ser trabalhadas em conjunto, de forma dinâmica, autônoma e resolutiva, para modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade.

A falta de adesão aos novos estilos de vida constitui um dos maiores problemas na área de controle da HAS e também a prevenção de novos casos. Observei que o maior desafio a ser superado na ESF Maria Jose Faleiro, para o controle e prevenção de novos casos da HAS é justamente a falta de oportunidade de opções de lazer para a comunidade para que todos possam adotar hábitos adequados de vida.

Sendo assim é necessário criar oportunidades para essa população, pois a atenção primária tem o dever de incentivar a adesão da população a hábitos de vida mais saudáveis para evitar novos casos de HAS, além de minimizar nos hipertensos as complicações que esta doença pode trazer.

3. OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre hábitos e estilo de vida na área de abrangência do Programa de Saúde da Família da Unidade Maria Jose Faleiro, do distrito Bom Jardim das Pedras, Carmópolis de Minas, Minas Gerais.

3.2- Objetivos Específicos

- Obter modificações no estilo de vida e estimular que os pacientes hipertensos adotem hábitos de vida saudáveis.
- Vincular os pacientes a grupos de hipertensão arterial, qualificando o grupo conforme recomendado pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e equipe do NASF.

4 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo se caracteriza como um projeto de intervenção apoia-se na análise e no diagnóstico situacional, que tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre hábitos e estilo de vida na área de abrangência do Programa de Saúde da Família da Unidade Maria Jose Faleiro, do distrito Bom Jardim das Pedras, Carmópolis de Minas, Minas Gerais.

Mediante observação ativa dos dados oferecidos pelo SIAB foi possível saber os principais problemas e priorizar os de maior importância. O universo considerado abrangeu foram 621 pacientes cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) da nossa unidade básica de saúde. Após analisadas todas as informações, conheci melhor as condições de saúde e risco desse grupo da população, em médio e curto prazo, planejei e programei ações de promoção e educação em saúde. Em seguida, consegui levantar as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência aos hipertensos. Para elaboração dessa proposta de ação contei com a colaboração do enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Para a construção do plano de ação utilizei os dados da realização do diagnóstico situacional, usando como referência os dez passos propostos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a fundamentação teórica do presente trabalho, realizei revisão de literatura através de levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde e artigos científicos

publicados no período de 1989 a 2014 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, SciELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores de modo isolado ou em associação: hábitos e estilos de vida.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica, também conhecida como pressão alta, é conceituada pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. Ela é considerada uma síndrome de origem multifatorial, sendo considerados os valores, a partir de 139 mmhg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 89mmhg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) para indivíduos adultos (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010)

De acordo com Ferreira e colaboradores (2009) a hipertensão arterial sistêmica acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento para 60% dos casos da doença em 2025.

Conforme Wenzel, Souza e Souza (2009) alguns fatores tornam-se importantes para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como o excesso de peso, o fumo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, a inatividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores.

Já Wagmacker e Pitanga (2007) descrevem que a inatividade física tem-se tornado como um fator determinante para a ocorrência de mortes e doenças. Estudo na Região Sul do País identificou que em longo prazo a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas.

Cavagioni e colaboradores (2009) analisaram que as atividades desgastantes no ambiente de trabalho também podem gerar danos a saúde. Entre elas estão as alterações cardiovasculares e hipertensão arterial. Em um estudo realizado com caminhoneiros identificou-se que a falta de adaptação dos motoristas, principalmente os que possuem longa jornada de trabalho, estão mais expostos à ocorrência de fatores associados a transtornos mentais, estresse, e a hipertensão arterial.

Já Molina e colaboradores (2003) descrevem a associação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais. Destaca-se que entre os fatores nutricionais identificados, a alta prevalência de hipertensão arterial está relacionada ao consumo excessivo de sódio e ao sobrepeso. Segundo estudos realizados por Figueiredo e colaboradores (2008) entre populações ocidentais, o elevado consumo de sal contribuiu para que os indivíduos apresentassem maior risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

De acordo com Feijão e colaboradores (2005) o estilo de vida apresenta um papel crítico na determinação da pressão arterial dos indivíduos e na prevalência da hipertensão nas populações.

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em

mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), 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.

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (POTTER & PERRY, 2001); (SMELTZER E BARE, 2006).

Oliveira (2004) enfatiza que a Hipertensão Arterial Sistêmica (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.

6 PROJETO DE INTERVENCAO

Segundo o descrito por Campos; Faria; Santos (2010), nesta parte do trabalho procede-se à descrição dos diferentes passos para a elaboração do plano de ação do problema escolhido pela equipe de saúde do ESF Maria José Faleiro.

Primeiro passo: Definição dos problemas

Depois de ter realizado o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência e discussão com a equipe de saúde da ESF Sagrada Família, foi possível a definição dos problemas, os quais se relacionam a continuação por ordem de prioridade:

Principais problemas identificados em nossa Equipe de Saúde da Família.

- 1- Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- 2- Elevado número de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.
- 3- Elevado consumo de benzodiazepínicos.

Segundo passo: Priorização de problemas.

Os problemas identificados foram priorizados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento aos mesmos, sendo apresentados no quadro 1.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados. ESF Maria José Faleiro.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	7	Parcial	1
Elevado número de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.	Alta	5	Parcial	3
Elevado consumo de benzodiazepínicos	Alta	6	Parcial	2

Terceiro passo: Descrição do problema selecionado

Em nossa área de abrangência contamos com 621 pacientes hipertensos cadastrados, o 68.1 % deles levam acompanhamento pela equipe da ESF Sagrada Família e o 31.9 % esta distribuído entre aqueles pacientes que recebem atenção em outros serviços quando apresentam descontrole da doença, sendo assim o problema escolhido como prioritário por constituir uma das principais causas de assistência a consulta médica.

Quarto passo: Explicação do problema.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente presente na população adulta, cuja prevalência no Brasil oscila entre 22% e 44%. A HAS é uma doença que atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos, sendo considerada importante fator de risco para as doenças cardiovasculares

ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca. Mesmo a população portadora de hipertensão leve está sob o jugo do risco aumentado (SANTOS et al ,2005).

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida. Segundo a American Heart Association é a doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social (ROSARIO, 2009, p.675).

Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”

Depois da análise do problema, pela equipe de saúde foram identificados como "nós críticos":

- Falta de informação sobre a importância de hábitos saudáveis de vida.
- Hábitos alimentares inadequados.
- Baixa adesão a prática de atividades físicas.

Sexto passo: Desenho das operações.

Após a identificação dos “nós críticos” foi desenhado um conjunto de ações para enfrentar os mesmos; as ações serão desenvolvidas durante a execução do plano.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos”. ESF Maria José Faleiro.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de informação sobre a importância de hábitos saudáveis de vida	Mais informação Aumentar o nível de informação dos usuários sobre a importância de hábitos saudáveis de vida	População mais informada sobre a importância da prevenção.	Divulgação contínua de informações sobre hábitos saudáveis de vida.	Organizacional Organização da agenda. Cognitivo Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógica. Financeiro. Aquisição de recursos como folhetos, cartazes informativos.
Hábitos alimentares inadequados	Mude sua alimentação. Modificar hábitos alimentares.	Aumentar o número de usuários com alimentação mais saudável.	Grupos operativos juntamente com nutricionistas para	Organizacional Formar grupos operativos. Cognitivo. Informação sobre o tema e

			informações nutricionais.	estratégias de comunicação. Político. Parceria com NASF (colaboração do nutricionista)
Baixa adesão a prática de atividades físicas.	Mais movimento. Aumentar a prática de atividades físicas.	Aumentar o número de usuários com prática em alguma atividade física regularmente.	Grupos de caminhadas ou grupos de ginástica coletiva.	Organizacional. Para organizar atividades. Financeiro. Construção de uma academia ao ar livre. Político. Parceria com NASF (colaboração do profissional de educação física)

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3 - Recursos críticos para o enfrentamento dos problemas. ESF Maria Jose Faleiro.

Operação/projeto	Recursos críticos
Mais informação	Financeiro: Aquisição de recursos como folhetos, cartazes informativas.
Mude sua alimentação	Político: Parceria com NASF (colaboração do nutricionista)
Mais movimento	Financeiro: Construção de uma academia ao ar livre. Político: Parceria com NASF (colaboração do profissional de educação física)

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano.

Quadro 4. Análise de viabilidade do plano. Propostas de ações para a motivação dos atores. ESF Maria José Faleiro.

Operação	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos.	Ações Estratégicas
Mais Informação	Financeiro: Aquisição de recursos como folhetos, cartazes informativos.	Ator controlador: Secretaria de Saúde. Motivação: Favorável.	Preparação continua das equipes para que as abordagens educativas sejam eficientes para a adesão dos usuários nos grupos afeitados.
Mude sua alimentação	Político: Parceria com NASF (colaboração do nutricionista)	Ator controlador: Equipe do PSF junto com NASF. Motivação: Favorável.	Apresentar o projeto.

Mais Movimentos	<p>Financeiro: Construção de uma academia ao ar livre.</p> <p>Político: Parceria com NASF (colaboração do profissional de educação física)</p>	<p>Ator controlador: Prefeitura Municipal, Secretaria de Meio Ambiente e gestão pública em geral.</p> <p>Motivação: Indiferente</p> <p>Ator controlador: Equipe do PSF junto com NASF.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>	<p>Enviar o projeto para construção de um espaço para academia ao ar livre aos órgãos competentes.</p> <p>Apresentar Projeto</p>
-----------------	--	---	--

Nono passo: Elaboração do 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, p.73).

Quadro 5. Elaboração de Plano Operativo. ESF Maria Jose Faleiro.

Operação	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas
Mais Informação	População mais informada sobre a importância da prevenção	Divulgação continua sobre hábitos saudáveis de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas domiciliares informando sobre os grupos ofertados na unidade. - Cartazes afixados nos comércios do bairro e na unidade.

Mude sua alimentação	Aumentar o número de usuários com alimentação mais saudável	Grupos operativos junto com nutricionistas para informações nutricionais	- Cartazes afixados no bairro. - Visitas Domiciliares. - Confeção de convites para entregar nas visitas domiciliares.
Mais Movimento	Aumentar o número de usuários com pratica em alguma atividade física regularmente.	Grupo de caminhada ou grupo de ginasia coletiva.	- Cartazes afixados no bairro. - Confeção de convites para entregar nas visitas domiciliares.

Décimo passo: Gestão do plano.

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto. ESF Maria Jose Faleiro.

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo.
Mais informação	1.Grupo operativo ativo e participativo.	Enfermeira e ACS	3 meses	Grupo operativo desativado.	Grupo desativado ao não comparecimento da população.	
	2. Avaliação do nível de informação da população		3 meses	Elaborar projeto de avaliação de conhecimento da população	Forma encontrada de avaliar o nível de conhecimento.	

Mude sua alimentação	Grupo operativo juntamente com a nutricionista e usuários para informações nutricionais.	Nutricionista, enfermeira e ACS.	3 meses	Parceria com NASF em andamento.	Não existência do profissional para o grupo.	
Mais movimento	Grupo de caminhada e grupo de ginástica coletiva.	Profissional de educação física e ACS	3meses	Enviar projeto para construccao de um espaço para academia ao ar livre aos órgãos competente. Parceria com NASF em andamento.	Necessidade de uma área própria para desenvolver as atividades físicas na comunidade com segurança. Não existência do profissional para o grupo.	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse trabalho ficou evidenciada que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que pode ser evitada com atividade física, melhor informação sobre a doença e as mudanças dos hábitos alimentares.

Nota-se também que a HAS é uma doença multifatorial de difícil controle e envolve fatores psicossociais relacionados à cultura que podem determinar a aceitação de mudanças, além da falta de acesso da população a informações sobre a doença.

Com este estudo ganhamos como experiência a necessidade de aumentar as labores educativas com os pacientes hipertensos, primeiramente que os pacientes saibam conviver com a sua doença, conheçam ela, e fundamentalmente todo aquilo que evite as complicações da mesma.

Resultou de muita utilidade conhecer a necessidade de fortalecer as parcerias com a secretaria de saúde, diferentes grupos operativos, com o NASF e a Prefeitura Municipal mesma com o objetivo de melhorar as condições estruturais que ajudem à atenção diferenciada destes pacientes.

Acreditamos que o plano de ação tenha condições de conscientizar e levar esclarecimento/conhecimento sobre a importância das mudanças do estilo de vida para reduzir os casos de HAS e contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERENCIAS

BRACCIALLI, L. A. D.; FREITAS, C. H. S. M. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev. APS.** , Juiz de Fora, v.15, n.4, p.412-420, out./dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília (DF): Ministério da Saúde: 2001. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicações/reorganizacao_plano.pdf. Acesso em: 22 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf. Acesso em: 1 abr. 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17)

CLÉMENT, P. (2006). **Didactic Transposition and the KVP Model**: Conceptions as Interactions between Scientific Knowledge, Values and Social Practices. In *Proceedings of the Summer School of ESERA*. Braga: Universidade do Minho, IEC, p.9-18.

CAVAGIONI, L.C.; et al. Agravos a saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p.1267-71, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a21v43s2.pdf> Acesso em: 11 de Novembro de 2015.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. p. 58-79. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=CAMPOS%3B+FARIA%3B+SANTOS%2C+2010%2C+p.37&ie=utf-8&oe=utf->

[8#q=CAMPOS%3B+FARIA%3B+SANTOS,+2010,+p.37&start=0](#). Acesso em: 25 ago. 2015.

DIVINÓPOLIS (MG). Prefeitura, 2013. <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/paginas/geografia.php#>. Acesso em: 26 agosto de 2015.

DIVINÓPOLIS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUSA), MINAS GERAIS, 2015. Disponível em: <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/>. Acesso em: 26 agosto, 2015.

FEIJÃO, Adelina Maria Melo et al. Prevalência de Excesso de peso e hipertensão em, arterial População Urbana de Baixa Renda. **Arq. Bras. Cardiol. [online]**. v.84, n.1, pp 29-33, 2005.

FERREIRA, S.R.G., et al. Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.98-106, 2009. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf> Acesso: 11 de Novembro de 2015.

LESSA I. **Epidemiologia da hipertensão arterial**. In: Lessa I, (Org). O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. P. 29-42.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v.32, n.3, Set. 2011.

Monteiro CA, Mondini L, Souza AL, Popkin B. **Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil**. In: Monteiro CA, ed. Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000: 247–55.

MOLINA, M.C.B., et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p.743-50, 2003. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001800008&script=sci_arttext Acesso: 11 de Novembro de 2011.

OLIVEIRA, N.M.C.M. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa**, PB. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática**. São Paulo: Editora Santos Livraria, 2001, 3ªed.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Brascard**, p. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

Silva-Junior JB. **As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde**. In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SARAIVA, K.I.R.O, SANTOS, Z.M.S.A, LANDIM, F.L.P, LIMA, H.P, SENA, V.L.O. Processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto contexto-enferm**. Florianópolis, 2007; (16) 1: 63-70.

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

SANTOS, Z. M. S. A. et al. ADESÃO DO CLIENTE HIPERTENSO AO TRATAMENTO: ANÁLISE COM ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR. **Texto Contexto Enferm** 2005 Jul-Set; v. 14 n.3 p. 332-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf. Acesso em: 25 ago. 2015

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hipert.** v.13, n.4, p.256-312, 2006.

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

WAGMAKER, D.S; PITANGA, F.J.G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.1, p.69-74, 2007. Disponível: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/1027/933> Acesso: 11 de Novembro de 2011.

WENZEL, D; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 789-95, 2009. Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102009005000059&script=sci_abstract&tlng=en Acesso: 11 de Novembro de 2011.