

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

DANIELA RESENDE MACHADO

**A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
SUAS IMPLICAÇÕES EM UNIDADE DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA –
MINAS GERAIS**

UBERABA / MINAS GERAIS
2014

DANIELA RESENDE MACHADO

**A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
SUAS IMPLICAÇÕES EM UNIDADE DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA –
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof^ª. Irlene Aparecida Nogueira

**UBERABA / MINAS GERAIS
2014**

DANIELA RESENDE MACHADO

**A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
SUAS IMPLICAÇÕES EM UNIDADE DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA –
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof^a. Irlene Aparecida Nogueira

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Irlene Aparecida Nogueira, Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFTM

Prof. Zilda Cristina dos Santos- Universidade Federal do Triângulo Mineiro-
UFTM

Aprovado em Belo Horizonte: ____ / ____ / ____

RESUMO

A hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica com forte impacto sobre a diminuição da expectativa de vida e da qualidade de vida do brasileiro. Dessa forma, tem se tornado um desafio para a saúde pública nacional. Por isso, o objetivo do presente trabalho foi o de propor um projeto de intervenção com vistas a minorar as repercussões da hipertensão na comunidade em que se insere o PSF Jardim Europa I, no município de Uberlândia - MG. Desenvolveu-se, inicialmente, um trabalho de pesquisa junto à comunidade local, para a elaboração do diagnóstico situacional. Além disso, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, além de observações da rotina na unidade de saúde e análise de anotações cadastrais e relatórios clínicos. Em seguida, foi produzido o referencial teórico que subsidiou o presente trabalho, por meio de levantamentos em banco de dados em níveis municipais e nacionais e de pesquisa bibliográfica, utilizando os sites de busca: Scielo, LILACS e dados do Ministério da Saúde. Foram utilizados na busca os descritores: Doença crônica, Hipertensão, Saúde da Família, sendo privilegiadas publicações em língua portuguesa, de 1995 a 2014. Foi possível constatar que a HAS é uma doença que atinge a população indistintamente e em mais de 90% dos casos não se consegue definir as causas de sua manifestação. No entanto, mesmo os casos em que a etiologia da doença é desconhecida, alguns fatores, tais como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e estresse contribuem para o aumento dos níveis pressóricos. Feito isso, foi possível desenvolver um plano de ação para se implantar um projeto de intervenção na referida unidade de saúde. Tal plano foi elaborado utilizando-se os métodos descritos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto pela Universidade Federal de Minas Gerais, com o intuito de intervir na questão da hipertensão na unidade de saúde referenciada, tornando-a mais ativa e mais consciente da necessidade da adoção de um estilo de vida saudável e da correta adesão ao tratamento. Afinal, a hipertensão arterial é um mal que não pode ser curado, mas pode ser controlado, garantindo uma vida de qualidade ao indivíduo hipertenso.

Palavras-chave: Doença crônica, Hipertensão, Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a chronic disease with a strong impact on reducing life expectancy and the Brazilian's quality of life. Therefore, it has become a challenge for the national public health. Therefore, the objective of this study was to propose an action plan in order to offset the consequences of hypertension in the community in which it operates the PSF Jardim Europa I, in Uberlândia - MG. Developed initially a research work with the local community, for the development of situational diagnosis. In addition, meetings with the health team were held, in addition to routine observations in the health unit and analysis of cadastral notes and clinical reports. It was then produced the theoretical framework that supported this work through surveys database on local and national levels and literature, using the databases: Scielo, LILACS and Ministry of Health were used in the search descriptors: Arterial Hypertension, chronic disease, family health. Publications being privileged in Portuguese from 1995 to 2014. It was found that hypertension is a disease that affects the population without distinction and in over 90 % of cases have no definitive causes of its manifestation. However, even in cases where the etiology of the disease is unknown, some factors such as sedentary lifestyle, smoking, excessive alcohol consumption and stress contribute to increased blood pressure. After that, it was possible to develop a plan of action to implement an intervention project in that health unit. This plan was prepared using the methods described by the Situational Strategic Planning (PES), proposed by the Federal University of Minas Gerais, in order to intervene in the matter of hypertension in the referenced health unit, making it more active and more aware of need to adopt a healthy lifestyle and proper compliance. After all, high blood pressure is an evil that can not be cured but can be controlled, ensuring quality of life for the individual hypertensive.

Keywords: Chronic disease, hypertension; Family Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas

DCV – Doenças Cardiovasculares

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Equipe Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HC – UFU – Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Uberlândia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PA – Pressão Arterial

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SCIELO - A Scientific Electronic Library Online

SESI - Serviço Social da Indústria

SUS - Sistema Único de Saúde

UAI – Unidade de Atendimento Integrado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição da população por faixa etária.....	11
QUADRO 2: Distribuição da população feminina por faixa etária.....	12
QUADRO 3: Distribuição da população masculina por faixa etária	13
QUADRO 4: Desenho de operações para os nós críticos relacionados à HAS..	28
QUADRO 5: Organização do Plano Operativo.....	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVO.....	18
	3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	METODOLOGIA.....	19
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
	5.1 A Hipertensão Arterial no Brasil e no Mundo.....	20
	5.2 A atenção primária e o atendimento ao hipertenso	22
	5.3 Protocolo de Atendimento ao Hipertenso.....	23
6	PLANO DE AÇÃO.....	27
	6.1 Definição do problema.....	27
	6.2 Explicação do problema.....	27
	6.3 Desenho das operações.....	28
	6.4 Elaboração do plano operativo.....	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico vivenciado nas últimas décadas e as profundas transformações na estrutura social moderna tiveram como resultado a adoção de um estilo de vida pouco saudável, e o homem tem adotado hábitos cada vez mais inadequados do ponto de vista médico.

A preocupação com as doenças crônicas, especialmente aquelas associadas ao um estilo de vida sedentário, é cada vez maior, uma vez que, diariamente, pessoas de todas as idades e de todas as classes são vítimas de complicações devidas a esses agravos. Além disso, as doenças crônicas provocam sérios impactos sociais, econômicos e pessoais. (McMACHON;PETO;CUTLER, 1995).

Dentre essas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica tem se destacado, pois de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

[...] a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Constituem, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não controlada. (BRASIL, 2001, p. 11)

Para Powers, Howley (2000), essa situação é preocupante, pois cerca de 50% dos indivíduos adultos hipertensos não têm conhecimento de sua condição e grande parte dos casos poderia ser tratada na rede básica, diminuindo assim a mortalidade em decorrência da hipertensão arterial.

Dessa maneira, o presente trabalho pretende investigar como esses hábitos têm afetado as condições de saúde dos moradores da comunidade em que está inserido o PSF Jardim Europa, local em que será implantado o projeto de intervenção proposto neste estudo.

O PSF Jardim Europa situa-se na cidade de Uberlândia, cidade localizada no estado de Minas Gerais, mesorregião do Triângulo Mineiro, situada a aproximadamente 550 km, a oeste da capital Belo Horizonte, com população estimada entre 600.000 habitantes. (UBERLÂNDIA, 2014).

Atualmente Uberlândia ocupa uma área de 4,1 mil km², com densidade populacional de 146,78 habitantes/km², com aproximadamente 219.200 domicílios. Em dados recentes do CENSO 2010, a cidade apresenta IDH de 0,789, taxa de

urbanização de 97% e renda familiar de 974 reais. De acordo com Sistema Nacional de Informação, a taxa de abastecimento de água está em torno de 98,7% dos domicílios e 97% de recolhimento de esgoto em rede pública. (IBGE, 2010)

As principais atividades econômicas da região se relacionam a agricultura (setor de grãos), e setor industrial, que conta com distrito industrial. Apresenta ainda grandes empresas de distribuição de produtos (ARCOM, Peixoto, Martins, Souza Cruz, Aliança Atacadista) e um comércio bem desenvolvido. (IBGE, 2010)

A população total que se encontra em torno de 604.000 habitantes, sendo que destes 587.226 (97,2%) habitam a área urbana e 16.747 (2,8%) residem na zona rural, e se distribui da seguinte forma, de acordo com faixa etária:

Quadro 01: Distribuição da população por faixa etária

Idade	Inferior a 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-24 anos	25-39 anos	40-59 anos	Igual ou superior a 60
Habitantes	7.867	3.1339	4.0897	4.5486	5.872	5.7879	15.7719	148.280	61.674

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

A taxa de crescimento anual do município está em torno de 1,88% (2000 – 2010), índice de moradores abaixo da linha da pobreza 0,7% e desempenho do SUS de 5,48. Com relação à educação, tem-se uma taxa de analfabetismo em torno de 3,6%, e o índice de desenvolvimento da educação básica, foi de 5,8 para crianças do 1º ao 5 ano, e de 4,8 para crianças do 6º ao 9º ano, sendo a média de 4,8 (IBGE, 2010) .

O Conselho Municipal de saúde se reúne mensalmente, em bairros distintos, e é composto por usuários, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores nos serviços de saúde e representantes do governo. Ele atua de forma a fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à saúde. No município existe o Fundo Municipal de Saúde, onde é depositada a verba destinada à saúde. No ano de 2013, foram aplicados cerca de 32% do orçamento total do município na área da saúde (UBERLÂNDIA, 2014).

Em relação aos níveis de complexidade da rede de saúde, a atenção primária é composta por Programa de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde. Em Uberlândia, bem como em outras localidades, a porta de entrada para o SUS é o Programa de Saúde da Família. No município, há cerca de 45 equipes de Saúde da família, sendo duas equipes na zona rural e 42 Unidades de Atenção Primária à

Saúde da Família –UAPSF (UBERLÂNDIA, 2014).

Na atenção secundária, atuam como prestadores de serviço: Unidade de Ações Integradas (UAI's); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atendem usuários de álcool e drogas (CAPS-AD) e também casos de doença mental em crianças (CAPS Infantil); Ambulatório de Oftalmologia; Ambulatório de DST/AIDS Herbert de Souza; Ambulatório de Fonoaudiologia, Centro de referência a Saúde do trabalhador, Centro de Atenção ao diabético, Ambulatório Amélio Marques, Centro de lesões labiopalatais (UBERLÂNDIA, 2014).

O Hospital Municipal, fundado há 3 anos, inclui-se na atenção secundária, pois há diversos serviços que não são executados no mesmo, como serviços de hemodinâmica, neurocirurgia, e por não dispor de serviço de pronto atendimento.

A atenção terciária é representada pelo Hospital de Clinicas da UFU (HC-UFU) e por hospitais conveniados ao SUS. (UBERLÂNDIA, 2014).

A unidade de saúde Jardim Europa se localiza no setor oeste da cidade, local com cerca de 20 bairros e cerca de 13 Unidades de Atenção à Saúde da Família, 3 Unidades Básicas de Saúde, 2 UAI's, 1 CAPS, 1 Centro de Reabilitação Física e 1 Centro de Saúde Escola Jaraguá, centro de referência para atendimento ao paciente com hanseníase. No bairro, existem escolas, igreja, creches, comércios e centro de lazer (Viva Mansour, onde se localiza a unidade). Todos os domicílios possuem energia elétrica, saneamento básico e água encanada. (UBERLÂNDIA, 2014).

A equipe do PSF foi formada recentemente (anteriormente, a população era atendida pelo UBSF Mansour I). A população adscrita é de aproximadamente 1700 pessoas, distribuídas em seis microáreas. (UBERLÂNDIA, 2014).

A população feminina é de 862 pessoas, distribuídas da seguinte forma:

Quadro 02: Distribuição da população feminina por faixa etária

Idade	Microárea 01	Microárea 02	Microárea 03	Microárea 04	Microárea 05	Microárea 06
> 1 ano	03	06	02	06	05	04
01 a 04	15	08	18	13	07	08
05 a 09	17	12	04	11	06	09
10 a 14	11	18	10	06	11	08
15 a 19	13	10	05	10	13	06
20 a 49	67	74	73	76	79	105
50 a 59	21	16	15	06	05	11

60 a 79	07	11	05	04	03	03
Maior que 80	03	02	01	00	00	00
Total por Microárea	157	157	133	132	129	154

Fonte: Autoria Própria (2014).

Em relação à população masculina, estão cadastrados 851 indivíduos, como se observa no quadro a seguir.

Quadro 03: Distribuição da população masculina por faixa etária

Idade	Microárea 01	Microárea 02	Microárea 03	Microárea 04	Microárea 05	Microárea 06
> 1 ano	02	04	10	04	04	07
01 a 04	18	17	07	05	05	13
05 a 09	21	09	06	11	08	12
10 a 14	11	14	16	10	11	11
15 a 19	17	18	04	07	04	11
20 a 49	67	70	81	62	84	96
50 a 59	17	12	09	07	06	09
60 a 79	06	05	11	01	02	03
Maior que 80	02	02	01	00	01	00
Total por Microárea	161	151	145	107	125	162

Fonte: Autoria Própria (2014).

Para atendimento dessa população, a unidade conta com médica, enfermeira, técnica de enfermagem, cinco agentes de saúde, dentista, técnico em saúde bucal, nutricionista, assistente social, auxiliar administrativo e serviços gerais.

A estrutura da unidade, que era compartilhada com outras duas equipes (UBSF Mansour I e UBSF Mansour II), passou a funcionar em unidade própria inaugurada dia 26/08/2014, em local de fácil acesso aos usuários. A unidade compartilhada funcionou durante 7 anos na antiga localização do SESI Mansour, portanto, oferecendo piscinas e quadra de vôlei para atividades dos pacientes que estavam aptos a praticar atividades físicas. Por outro lado, devido ao fato de que

existiam três equipes na mesma localidade, não havia salas suficientes para atendimentos concomitantes de todos os profissionais e a recepção sempre permanecia lotada e com filas enormes para lançamento das consultas.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se pela compreensão de que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças de maior prevalência na população, tanto mundial quanto nacional, e suas consequências podem levar ao comprometimento da qualidade de vida do paciente e, até resultar em óbito. Apesar disso, trata-se de um agravo que pode ser diagnosticado e tratado no nível primário de atendimento. (BRASIL, 2001).

A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de acidente vascular cerebral e doenças cardiovasculares, incluindo-se o infarto agudo do miocárdio (McMACHON;PETO;CUTLER, 1995).

Vários estudos populacionais evidenciam a importância do controle da hipertensão para a redução da morbimortalidade cardiovascular. Desta forma, as elevadas taxas desse tipo de morbimortalidade em países de industrialização recente parecem depender de modo importante da elevada prevalência de hipertensão arterial nesses países. Apesar de não se dispor de estudos com boa representatividade sobre a hipertensão arterial no Brasil, pesquisas localizadas mostram prevalências elevadas, situando-se no patamar de 20 a 45% da população adulta (FREITAS et al.,2001).

Segundo dados captados na unidade de saúde referenciada, a morbimortalidade da população se relaciona, principalmente, a doenças crônicas, entre elas, a hipertensão e suas complicações. A maior parte da população pertence à classe média baixa e média e exerce atividades relativas ao comércio, sendo muitos profissionais autônomos. Existe ainda uma peculiar quantidade de ciganos na área.

Foi considerado, após listagem dos principais problemas e de conversa informal com toda equipe do PSF, que o principal problema de saúde da área é a hipertensão, visto que na população adscrita (cerca de 1700 pessoas), existem cerca de 165 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF, o que representa cerca de 10% da população total adscrita. Os diabéticos, por sua vez, que correspondem à segunda principal parcela de doentes, são apenas 3% da população adscrita.

Quadro 02: Distribuição das principais morbidades por microárea

	Microárea 01	Microárea 02	Microárea 03	Microárea 04	Microárea 05	Microárea 06	Total
Hipertensão	38	43	26	17	21	20	165
Diabetes	09	13	08	04	06	09	49
Câncer	00	02	00	00	01	00	03
Cardiopatía	02	00	00	02	00	08	12
DPOC	00	00	00	00	02	00	02

Fonte: Autoria Própria (2014).

Esse número expressivo de hipertensos pode ser atribuído, em nível individual, ao fato de que, não raro, as pessoas têm uma alimentação desregrada, com sobrecarga de alimentos gordurosos e refrigerantes, o que causa acúmulo de placa de gordura nas artérias e contribui para hipertensão. Associado a tal alimentação, muitos são sedentários e ainda tabagistas.

Já em nível social, observa-se que muitos hipertensos não têm condições financeiras para ter uma alimentação adequada, com o consumo de frutas e verduras, pois sobrevivem à custa da ajuda de instituições filantrópicas e se alimentam basicamente do que é oferecido em cestas básicas. Há ainda os que possuem condições financeiras para a alimentação correta, mas ainda não têm a motivação necessária para seguir as orientações.

O tipo de trabalho que alguns pacientes apresentam também é relevante para a hipertensão, como é o caso dos caminhoneiros, que têm um descontrole total do ciclo sono-vigília, ficando tempo excessivo sem dormir (à custa de medicamentos estimulantes), se alimentam mal e ainda não têm tempo para realizar atividades físicas.

Dessa forma, observa-se que faltam campanhas explicativas sobre os fatores de risco da hipertensão, como evitá-la e as repercussões que a mesma pode causar. Faltam locais de livre acesso para atividade física (os locais que existem no bairro para realização de atividades estão com filas de espera extensas). Faltam ainda maior incentivo às atividades realizadas pela equipe de nutrição e contratação de maior número de profissionais nesta área (existe um nutricionista que oferece consultas uma vez por semana no turno da manhã, mas ainda é pouco frente a demanda existente).

Mediante ao exposto, os nós críticos evidenciados foram: estilo de vida e

hábitos de alimentação inadequados (seja por questões financeiras, por desinformação ou por má adesão às orientações oferecidas), desinformação a respeito da doença e ainda estrutura do serviço de saúde deficitário.

Assim, melhorando a alimentação desta população, orientando-a melhor e oferecendo condições para a prática de atividade física, é possível que se tenha uma redução do número de novos casos de hipertensos e ainda um melhor controle dos pacientes já diagnosticados com hipertensão.

Diante desse cenário e devido ao fato de a hipertensão ser a doença mais prevalente na comunidade do PSF Jardim Europa I, é que se faz necessário e imprescindível a adoção de medidas educativas sobre a hipertensão. Mesmo porque, se não houver intervenção em tempo hábil, haverá uma elevação acentuada dos índices de morbimortalidade na população e no número de pessoas com sequelas das repercussões da hipertensão descompensada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um projeto de intervenção com vistas a minorar as repercussões da hipertensão na comunidade em que se insere o PSF Jardim Europa I, no município de Uberlândia - MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar um estudo sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Analisar os protocolos para atendimento aos hipertensos na atenção básica;
- Analisar a viabilidade das ações propostas no plano de intervenção.

4 METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo, desenvolveu-se, inicialmente, um trabalho de pesquisa junto à comunidade local, para a elaboração do diagnóstico situacional. Além disso, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, além de observações da rotina na unidade de saúde e análise de anotações cadastrais e relatórios clínicos.

Após a construção do diagnóstico situacional, foi produzido o referencial teórico que subsidiou o presente trabalho. Para tanto, foram feitos levantamentos em banco de dados em níveis municipais e nacionais. Também foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando os sites de busca: Scielo, LILACS e dados do Ministério da Saúde.

Foram utilizados na busca os descritores: doença crônica, hipertensão, saúde da família, sendo privilegiadas publicações em língua portuguesa, de 1995 a 2014.

Feito isso, foi possível desenvolver um plano de ação para se implantar um projeto de intervenção na referida unidade de saúde. Tal plano foi elaborado utilizando-se os métodos descritos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto pela Universidade Federal de Minas Gerais.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Hipertensão Arterial no Brasil e no Mundo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a ocorrência de pressão arterial sistólica e/ou diastólica frequentemente alta, ou seja, entre 140/90 mmHg e 180/105 mmHg (POWERS, HOWLEY, 2000). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial que está frequentemente associada às alterações dos considerados órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas. Assim, torna-se responsável pelo aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014), a HAS é responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Para a entidade, as consequências da pressão alta são graves, mas podem ser evitadas, se o paciente tiver consciência de sua condição e mantiver-se em tratamento com adequado controle da pressão.

Porém, os estudos da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014) demonstram que 50% dos hipertensos não sabem que possuem essa condição, e dos pacientes que sabem que são hipertensos, cerca de 75% não aderem ao tratamento.

As estimativas da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014) indicam que no Brasil cerca de 30% da população adulta seja hipertensa, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A patologia atinge também, em média 5% das crianças e adolescentes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Quanto ao perfil epidemiológico, a “pressão alta é uma doença ‘democrática’. Ataca homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, idosos e crianças, gordos e magros, pessoas calmas e nervosas.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL – 2011), a prevalência média de HAS na população acima de 18 anos, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). Apesar disso, muitos estudiosos (PORTO, 2005; JARDIM, 2007)

veem com cautela esses números, pois acreditam que as investigações sobre essa patologia são bastante restritivas, limitando-se ora a uma determinada região, ora a uma determinada classe. Assim, havendo poucas análises representativas no Brasil.

Considerada por alguns estudiosos como “assassino silencioso”, a HAS é uma doença crônica, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo (JARDIM, 2007). A esse respeito, o Ministério da Saúde admite que “por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito” (BRASIL, 2013).

Em seus estudos, Porto (2005) afirma, ainda, que a hipertensão é uma patologia cuja causa é desconhecida em mais de 90% dos casos, por isso ela apresenta duas classificações, que são sintetizadas a seguir:

- a) **Primária ou essencial:** diz-se do tipo de hipertensão cuja etiologia é desconhecida, podendo advir de fatores diversos: hereditariedade, obesidade, consumo excessivo de sal ou de bebidas alcoólicas. **Secundária:** refere-se ao tipo de hipertensão cuja causa é identificável e, geralmente, se relaciona com determinadas doenças ou uso de alguns fármacos. Destacam-se entre essas causas: patologias renais, defeitos congênitos do coração, uso sistemático de anticoncepcionais orais, de cocaína e de anfetaminas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), por sua vez, classifica os fatores de risco para a hipertensão em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis se referem ao sexo, à idade, à raça e à hereditariedade. Já os modificáveis são relativos ao sedentarismo, ao alcoolismo, e ao tabagismo.

Por causa das características aqui expostas, a hipertensão tornou-se um problema para a saúde pública nacional. Nesse sentido, o Ministério da Saúde afirma que

[...] A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). (BRASIL, 2013, p. 29)

Diante disso, foi possível compreender que o atendimento ao hipertenso na atenção primária à saúde desempenha importante papel para a melhoria do panorama da Hipertensão Arterial no Brasil.

5.2 A atenção primária e o atendimento ao hipertenso

O modelo de assistência à saúde oferecida no Brasil atualmente é o Programa Saúde da Família (PSF), inspirado no programa ACS (Agentes Comunitários de Saúde), que vigorava em países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra. (VIANA, DAL POZ, 1998).

A implantação do Programa Saúde da Família deu-se de maneira gradual, iniciando-se em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e estendendo-se até meados de 1994, quando se formaram as primeiras equipes de Saúde da Família.

Para Rosa e Labate (2005, p. 1028)

[...] O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

Ainda de acordo com Rosa e Labate (2005), o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família, já que não se trata mais de um programa pontual, e sim uma estratégia para a oferta de assistência em saúde à população.

As autoras em questão mencionam em seu artigo *Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência*, vários problemas encontrados nesse modelo de assistência, porém acreditam que houve uma grande avanço proporcionado pelo PSF, especialmente, no que diz respeito ao trabalho em equipe interdisciplinar, a inclusão da família como foco de atenção básica. Dessa forma, houve uma mudança no modelo biomédico de cuidado em saúde, em que o cuidado era individualizado e focado na doença (ROSA e LABATE, 2005).

Souza (2000), por sua vez, acredita que o programa possibilita um

atendimento mais humanizado, uma vez que oferece a possibilidade de maior contato entre a família e a equipe de saúde. Dessa forma, conhecendo a realidade da comunidade, podem-se traçar planos e metas que de fato atendam as necessidades da população, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mas adequando os parâmetros e protocolos estipulados à prática diária de assistência.

Em relação ao atendimento aos portadores de hipertensão arterial, o SUS propõe um protocolo de atendimento clínico, que surge como elemento norteador para as unidades básicas de saúde.

5.3 Protocolo de Atendimento ao Hipertenso

Conforme afirma Duncan; Schmidt; Giugliani (2006), a multiplicidade de agravos e suas altas taxas de prevalência fazem com que a HAS seja considerada uma das mais graves patologias não transmissíveis e se torne uma das causas de maior queda da expectativa e da qualidade de vida da população.

Assim, a hipertensão bem como algumas doenças não transmissíveis tem sido um desafio para o trabalho da Atenção Primária em Saúde (APS), uma vez que as equipes de Atenção Básica (AB) são as principais responsáveis pelo controle e pela prevenção da HAS e de suas complicações (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Por esta razão, o Ministério da Saúde lançou o *Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica*, que faz parte da série Cadernos de Atenção - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, para que “auxilie no processo de educação permanente dos profissionais de Saúde da AB e apoie na construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica.” (BRASIL, 2013, p. 22).

Trata-se de um manual que utiliza “os graus de recomendação propostos pela Oxford Centre for Evidence Based Medicine e os níveis de evidência propostos pelo Sistema GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) como embasamento teórico” (BRASIL, 2013, p. 13).

O documento é apresenta um panorama da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil e no mundo, e traz orientações pormenorizadas sobre como fazer a Organização da Linha de Cuidado; o Rastreamento e Diagnóstico da Hipertensão

Arterial Sistêmica na Atenção Básica; entre outros assuntos relacionados.

De acordo com este manual, hipertenso é o indivíduo que mantém níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA ($PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$), e um dos objetivos mais importantes das equipes de saúde em HAS é justamente o controle desses níveis pressóricos e a redução da morbimortalidade relacionada a essa patologia. Por isso, entre as ações propostas para organização da linha de cuidado, destacam-se a identificação da população estimada de pessoas com HAS, os diferentes estratos de risco e a realização da programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença (BRASIL, 2013).

Dessa forma, uma das recomendações apresentadas é que qualquer paciente com 18 anos ou mais de idade, que se apresentar à Unidade Básica de Saúde (UBS) para atendimento médico ou de enfermagem, deverá ter a PA verificada e registrada, caso não tenha registro no prontuário de ao menos uma verificação nos últimos dois anos (BRASIL, 2013).

Em relação ao diagnóstico, a média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg deve ser verificada em pelo menos três dias diferentes, respeitando-se um intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Ressalta-se o cuidado em se fazer o diagnóstico corretamente, pois aspectos emocionais elevam a pressão e interferem no resultado, e como se trata de uma doença crônica, um diagnóstico incorreto pode causar sérias consequências. (BRASIL, 2013)

Caso seja confirmado o diagnóstico de HAS, o paciente deverá iniciar seu tratamento na própria unidade básica de saúde, e a complexidade deste agravo “implica na necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento de pessoas com HAS, incluindo seus familiares na definição e pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas.” (BRASIL, 2013, p. 37). Portanto, o hipertenso deverá passar por consulta com enfermeiro, médico e demais profissionais que puderem contribuir para a melhora das condições gerais do paciente.

Assim, inicialmente o paciente deverá passar por consulta de enfermagem, que deverá centra-se no do processo educativo, com orientação a respeito de medidas comprovadamente benéficas para o tratamento anti-hipertensivo, tais como: adoção de hábitos alimentares saudáveis e adequados à condição individual, estímulo à prática de exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio e do

consumo de bebidas alcoólicas, cuidado para evitar o estresse e abandono do tabagismo. (BRASIL, 2013)

A consulta de enfermagem deve constar de seis etapas distintas: histórico; exame físico; diagnóstico das necessidades de cuidado; planejamento da assistência; implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado. Além disso, esta consulta deverá ser utilizada para a estratificação de risco cardiovascular por meio do escore de Framingham. (BRASIL, 2013)

É necessário também consulta com médico da UBS, a fim de investigar outros fatores de risco para DCV, verificar se há lesões em órgãos-alvo e considerar a se há outra situação clínica que demande encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. Da mesma forma que na consulta de enfermagem, deve-se manter o foco na educação em saúde, além da investigação da história do paciente, com realização do exame físico e solicitação de exames laboratoriais. A estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham também poderá ser realizado na consulta médica. (BRASIL, 2013)

O caderno de atenção afirma ainda, que o tratamento para ser bem sucedido precisa ser adequado as especificidades de cada paciente. Então, apresenta recomendações para o atendimento dos seguintes grupos: crianças e adolescentes, idosos e gestantes. (BRASIL, 2013)

Recomenda-se a medida da PA em crianças durante o atendimento pediátrico primário após os três anos de idade, pelo menos anualmente, respeitando as padronizações estabelecidas para os adultos. Para interpretação dos valores de pressão arterial de crianças e adolescentes deve-se levar em conta a idade, o sexo e a altura para determinar-se o percentil. Consideram-se hipertensas, crianças e adolescentes com pressão igual ou maior ao percentil 95 de distribuição da pressão arterial. (BRASIL, 2013)

Em relação aos idosos, a medida requer ainda mais atenção, pois existem alguns fatores importantes a serem considerados, tais como o fato de grande número dos idosos apresentarem hipertensão sistólica; e de, nesse grupo, ser maior a frequência de hiato auscultatório; de pseudo-hipertensão; e de hipotensão ortostática. (BRASIL, 2013)

Quanto às gestantes, as recomendações são as mesmas para os adultos. Mas qualquer seja o grupo, é importante que o tratamento seja feito de maneira adequada. Este tratamento pode ser não medicamentoso e/ou medicamentoso.

Quando se trata do tratamento não medicamentoso, este envolve mudanças no estilo de vida, e deverá ser feito durante toda a vida do paciente (BRASIL, 2013). Por isso, o manual referenciado trata a adoção de hábitos saudáveis, como dieta balanceada, controle do peso, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física e abandono do tabagismo de maneira bastante detalhada.

O tratamento medicamentoso, por sua vez, é também abordado, no manual, de maneira detalhada, e deve ser iniciado quando for a preferência do paciente, considerando-se o seu grau de motivação para a mudança de estilo de vida, seus níveis pressóricos e o seu risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

Para a realização deste tipo de tratamento são utilizadas várias classes de fármacos, que são indicados a partir das necessidades individuais. Deve-se levar em conta, também, que devido a seu caráter multifatorial, a HAS, geralmente, requer um tratamento com associação de dois ou mais anti-hipertensivos. (BRASIL, 2013)

Diante dessa complexidade, o Caderno de Atenção traz um levantamento pormenorizado dos fármacos mais utilizados, seus efeitos colaterais, interações medicamentosas entre outras observações importantes para o tratamento medicamentoso. Traz ainda, capítulos que tratam da nutrição adequada aos portadores de hipertensão, da prática de exercícios físicos mais indicados, do tratamento odontológico em hipertensos.

Portanto, é um material de grande valia para as equipes de saúde, mesmo porque o próprio documento considera que é preciso utilizar as informações nele apresentadas para a construção de protocolos locais. Diante disso, foi elaborado um plano de ação para implantação na unidade de saúde Jardim Europa I, a fim de se atingir o objetivo geral proposto neste estudo.

6 PLANO DE AÇÃO

A pesquisa bibliográfica sobre hipertensão arterial e a experiência na unidade de saúde Jardim Europa I, em Uberlândia, Minas Gerais, permitiram compreender a importância de uma intervenção junto à população adscrita da referenciada unidade.

Por isso, foi realizado um planejamento, de acordo com o método PES – Planejamento Estratégico Situacional, proposto pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Assim, foram cumpridas as etapas descritas a seguir: identificação e priorização do problema, descrição do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, elaboração do plano operativo.

6.1 Definição do Problema

A identificação do problema consiste na etapa inicial para qualquer intervenção e é obtida por meio do diagnóstico situacional. (CAMPOS, 2010)

Nesse sentido, para a realização desse projeto foi feito o diagnóstico situacional da unidade de saúde Jardim Europa I, em Uberlândia, Minas Gerais, a fim de se investigar a pertinência de aplicação de um projeto de intervenção.

Para a construção desse diagnóstico, foram realizadas reuniões com a equipe saúde da família e foram analisados relatos dos profissionais e de membros da comunidade, além da observação diária das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde.

Assim, foi possível identificar que o principal problema da unidade se relaciona com doenças crônicas, principalmente a hipertensão e suas complicações.

6.2 Explicação do Problema

A hipertensão arterial sistêmica tem sido apontada por diversos autores (BRASIL, 2001; PORTO, 2005; POWERS, HOWLEY, 2000) como fator determinante para o aparecimento e/ou agravamento de diversas patologias, especialmente de AVEs e infartos.

Pesquisas e estudos no Brasil ainda são inconsistentes quanto à epidemiologia da HAS, mas os estudiosos são unânimes quanto aos efeitos

maléficos da hipertensão para a expectativa e qualidade de vida dos indivíduos.

Na comunidade na qual está inserida a unidade de saúde Jardim Europa I, foi possível identificar alguns problemas importantes, como por exemplo, a estrutura do serviço de saúde deficitário, porém, o principal problema apontado pela equipe de saúde da família é justamente Hipertensão Arterial Sistêmica. Os nós críticos selecionados foram:

- estilo de vida sedentário;
- hábitos de alimentação inadequados,
- desinformação a respeito da doença.

Conforme mencionado anteriormente, essa grande quantidade de hipertensos pode ser atribuída ao estilo de vida de parte da população, que não tem uma alimentação balanceada, e apresenta hábitos sedentários e tabagistas. Acrescente-se a isso, o fato de muitos não terem informações necessárias sobre como a mudança no estilo de vida pode afetar a saúde, melhorando sua qualidade de vida, ou de não estarem suficientemente motivados para essa mudança.

6.3 Desenho das Operações

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de se realizar ações que modifiquem o cenário apresentado, melhorando o panorama da Hipertensão Arterial na referida unidade. Para isso, foram elaborados alguns projetos, tomando-se por base os nós críticos detectados no diagnóstico situacional. Estes projetos estão esquematizados no quadro a seguir.

Quadro 04: Desenho de operações para os nós críticos relacionados à HAS

Nó crítico	Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Estilo de vida sedentário	Hiper-Ação	- Participação da comunidade em atividades físicas; - Melhoria do condicionamento físico e do nível de bem estar da população.	- Formação de grupos de atividades. - Formação de grupos de apoio para acompanhamento dos grupos de atividades.	- Financeiro: para aquisição de material esportivo; - Político: para obter apoio de educadores físicos; Cognitivo: para elaboração do projeto.
Nível de informação	Roda de informações	- População mais bem informada quanto aos efeitos da hipertensão na saúde e na	- Formação de grupos de estudos para socialização de experiências e informações.	- Financeiro: para confecção de material educativo; Cognitivo: para elaboração do

		qualidade de vida. - Maior vínculo entre a população e a equipe de saúde.		projeto e para organização de palestras e minicursos.
Alimentação inadequada	Receita da boa forma	- Melhoria dos hábitos alimentares da população.	- Formação de grupos para acompanhamento nutricional.	-Político: para obter apoio de nutricionistas. -Financeiro: para aquisição de material educativo. Cognitivo: para elaboração de cursos e palestras.

FONTE: Autoria Própria (2014).

6.4 Elaboração do Plano Operativo

Definidos os projetos e feito o desenho das operações, foi possível construir um plano que permitiu visualizar as ações que devem ser realizadas para efetivação do projeto, bem como definir os responsáveis e os prazos para execução.

Quadro 5: Organização do Plano Operativo

Operação/projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Hiper-Ação	- Participação da comunidade em atividades físicas. - Melhoria do condicionamento físico e do nível de bem estar da população.	- Formação de grupos de atividades. - Formação de grupos de apoio para acompanhamento dos grupos de atividades.	- Conscientizar a população sobre a importância das atividades físicas. - Sensibilizar a secretaria de educação sobre a importância de se apoiar o projeto.	- Equipe de Saúde, profissionais da secretaria de saúde e da secretaria de educação (educadores físicos).	- Apresentação do projeto para Secretaria de Educação: 3 meses. Início das atividades: 6 meses.
Roda de informações	- População mais bem informada quanto aos efeitos da hipertensão na saúde e na qualidade de vida.	- Formação de grupos de estudos para socialização de experiências e informações. - Maior vínculo entre a população e a equipe de saúde.	- Obter a adesão da população ao projeto. - Motivar os profissionais de saúde que deverão mediar os grupos.	Equipe de Saúde; e profissionais convidados (nutricionistas, professores de educação física.)	Início do projeto – 3 meses
Receita da boa forma	- Melhoria dos hábitos alimentares da população.	- Formação de grupos para acompanhamento nutricional.	- Obter junto à secretaria de saúde a disponibilização de nutricionista para atendimento ao grupo.	Equipe de saúde, enfermeira e nutricionista.	Início do projeto 3 meses

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição crônica que tem se constituído um dos grandes desafios para a saúde pública no Brasil.

Conforme constatado na literatura sobre o assunto, cerca de 30% da população adulta no Brasil apresenta níveis pressóricos altos. Na unidade de saúde Jardim Europa I também é alto o número de portadores de hipertensão arterial, por isso, o objetivo geral desse trabalho foi o de propor um plano de intervenção com vistas a minorar as repercussões da hipertensão na população adscrita da unidade referenciada.

Para atender tal objetivo foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que permitiu concluir que a HAS é uma doença que atinge a população indistintamente e em mais de 90% dos casos não se consegue definir as causas de sua manifestação. No entanto, mesmo os casos em que a etiologia da doença é desconhecida, sabe-se que alguns fatores contribuem para o aumento dos níveis pressóricos. Sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e estresse são alguns desses fatores.

Diante disso, foi elaborado um plano de ação com o intuito de intervir na questão da hipertensão na unidade de saúde referenciada, tornando-a mais ativa e mais consciente da necessidade da adoção de um estilo de vida saudável e da correta adesão ao tratamento. Afinal, a hipertensão arterial é um mal que não pode ser curado, mas pode ser controlado, garantindo uma vida de qualidade ao indivíduo hipertenso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96p. (Cadernos de atenção Básica, 7)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 10 mai 2014.

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

CAMPOS *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2010.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, OC. *et al.* **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva**, SP. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77: 9-15. *Arq Bras Cardiol* 2001;77:16-21.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. **Doenças e agravos não transmissíveis**. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Resultados Censo 2010. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br> Acesso em 18 de maio de 2014.

JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. R. P.; MONEGO, E. M. *et al.* **Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital**. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

MACMAHON, S. PETO, R. CUTLER, J. **Blood pressure, stroke and coronary heart disease**: effects of prolonged differences in blood pressure- evidence from nine prospective observational studies corrected for dilution bias. **Lancet** 1995; 335: 765-74.

PORTO, CC. **Semiologia Médica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho**. 3º ed. São Paulo: Manole, 2000

ROSA, WAG. LABATE, RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2005, novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n.1, p.1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Disponível em < <http://www.sbh.org.br/>> Acesso em 15 out. 2014.

SOUZA, H.M. Programa saúde da família: entrevista. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 53, n.esp., p.7-16, 2000.

UBERLÂNDIA. **Prefeitura Municipal de Uberlândia**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. Disponível em: <www.uberlandia.mg.gov.br>. Acesso em 18 maio de 2014.

VIANA, ALD. DAL POZ, MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 8(2):11-48, 1998.