

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**YUDANY DELGADO PENA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR AS COMPLICAÇÕES  
CAUSADAS PELA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DONA SRA. APARECIDA CONCEIÇÃO FERREIRA NO MUNICÍPIO DE  
UBERABA-MINAS GERAIS.**

**UBERABA-MG  
2016**

**YUDANY DELGADO PENA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR AS COMPLICAÇÕES  
CAUSADAS PELA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DONA SRA. APARECIDA CONCEIÇÃO FERREIRA NO MUNICÍPIO DE  
UBERABA-MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Aline Cristina Souza da Silva

**UBERABA-MG  
2016**

**YUDANY DELGADO PENA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR AS COMPLICAÇÕES  
CAUSADAS PELA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DONA SRA. APARECIDA CONCEIÇÃO FERREIRA NO MUNICÍPIO DE  
UBERABA-MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof<sup>a</sup>. Aline Cristina Souza da Silva- orientador

Examinador 2: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Emiliane Silva Santiago- examinador

Aprovado em Uberaba,        de        de 2016

## DEDICATÓRIA

*Este trabalho é dedicado aos meus pais, Edel e Deysi, por serem a minha referência de tantas maneiras e estarem sempre presentes na minha vida de uma forma indispensável, mesmo separados por tantos quilômetros, a minha filha que é a minha razão de viver e a minha família em especial aos meus irmãos e aos meus sobrinhos quem amo demais.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os meus professores do curso, em especial a orientadora desse trabalho, a professora Aline Cristina Souza da Silva, por sua dedicação, compreensão e respeito, aos meus amigos e colegas, a todos os que de uma forma ou outra contribuíram para minha formação como futuro especialista, muito obrigada nunca será suficiente para demonstrar a grandeza de tudo aquilo que recebi de vocês.

“Não é a recompensa que eleva a alma, mas sim o trabalho que ganhou  
essa recompensa...”

*MULTATUL*

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública global, devido a sua alta prevalência e baixas taxas de controle. É uma doença multifatorial, sendo caracterizada por uma pressão sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmhg. A HAS associa-se a várias complicações como: acidente vascular encefálico, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio e doença arterial coronariana, causando 9,4 milhões de mortes a cada ano em todo o mundo. Dessa forma, devido às consequências causadas pela doença, o objetivo desse trabalho foi elaborar um projeto de intervenção sobre a HAS, na área de abrangência da “Unidade Básica de Saúde Dona Sra. Aparecida Conceição Ferreira” no município de Uberaba e identificar os principais fatores de risco presentes nos pacientes. Para o desenvolvimento desse plano foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. A pesquisa é de caráter narrativo, em que foram levantados dados de caráter qualitativo, fundamentado na literatura científica em questões consideradas amplas ou abertas. Os dados coletados foram colocados em uma planilha eletrônica do Excel 2010 e posteriormente foram submetidos à análise estatística por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 13.0). Para obter as informações necessárias, foram utilizados os prontuários individuais e familiares, além dos dados recolhidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica e no Plano Municipal de Saúde do Município. A pressão arterial, o peso corporal e a circunferência abdominal também foram avaliados e monitorados nos pacientes. Portanto por meio desse projeto de intervenção pretende-se oferecer uma melhora na qualidade de vida dos pacientes participantes do projeto.

**Palavras chave:** Educação em Saúde, Autocuidado, Hipertensão.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is considered a serious global public health problem due to its high prevalence and low control rates. It is a multifactorial disease, characterized by greater systolic or equal to 140 mmHg and a diastolic pressure greater than or equal to 90mmHg. SAH is associated with several complications such as stroke, peripheral arterial disease, heart failure, chronic kidney disease, acute myocardial infarction and coronary artery disease, causing 9.4 million deaths each year worldwide. Thus, due to the consequences caused by the disease, the aim of this study was to develop an intervention project on hypertension in the area covered by the "Basic Health Unit Owner Mrs. Aparecida Conceição Ferreira" in Uberaba and identify the main factors gift risk in patients. For the development of this plan was used the Strategic Planning Method Situational. The research is of narrative character, which were raised qualitative data, based on scientific literature on issues considered broad or open. The data collected were placed in a spreadsheet Excel 2010 and were subsequently subjected to statistical analysis using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 13.0). To obtain the necessary information, individual and family records were used in addition to the data collected by the Primary Care Information System and the Municipal Plan of the City Health. The blood pressure, body weight and waist circumference was also evaluated and monitored in the patients. Therefore this intervention project is intended to offer an improvement in quality of life of patients participants in study.

Keywords: Health Education, Self Care, Hypertension.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

CAISM: Centros Especializados em Saúde da Mulher

CAPS`D e CAPS: Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga

CEMIG: Companhia de Energia de Minas Gerais

CEREST: Centro de Referência a Saúde do Trabalhador

CODAU: Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba

CRIA: Centro de Referência Infantil para crianças e adolescentes

CTA: Centros de Testagem Anônima

eSB: Equipe de Saúde Bucal

ESF: Equipe de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PES: Planejamento Estratégico em Saúde

SAMU: Unidades de Atendimento Móvel de Urgência

SRT: Serviço residencial terapêutico

TFD: Tratamento Fora do Domicilio

UBS: Unidade Básica de Saúde

UMS: Unidade Matricial de Saúde

UPA: Unidades de Pronto Atendimento

URS: Unidade Regional de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1. Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF Abadia em 2014.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabela 2. Recursos Humanos da Unidade Dona Sra. Aparecida Conceição Ferreira em 2014.....</b>	<b>19</b>
<b>Tabela 3. Priorização dos Problemas de saúde da ESF, Abadia em 2014.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 4. Distribuição dos hipertensos por categorias da ESF, Abadia em 2014.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 5. Desenho das operações para os nós críticos.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 6. Identificação dos recursos críticos.....</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 7. Análise de Viabilidade do projeto.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 8. Plano Operativo.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabela 9. Gestão de Plano.....</b>	<b>33</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	12
1.2 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	13
1.3 SISTEM LOCAL DE SAÚDE.....	14
1.4 TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA.....	16
1.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	18
2.0 JUSTIFICATIVA.....	20
<b>3.0 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 OBJETIVOS GERAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4.0 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>5.0 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>24</b>
<b>6.0 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>26</b>
6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA.....	26
6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	26
6.3 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS .....	26
6.4 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS .....	27
6.5 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	28
6.6 IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”.....	29
6.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS .....	30
6.8. ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO.....	31
6.9. ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
<b>8.REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada como uma doença crônica multifatorial caracterizada por níveis elevados (maior ou igual a 140/90mmhg) e sustentados de pressão arterial em pelo menos duas aferições subsequentes, obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a hipertensão arterial atinge entre 20 e 40% da população adulta. A frequência elevada na população, bem como as complicações clínicas decorrentes, faz com que a doença tenha um papel de destaque nos programas de saúde pública (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, além disso, também é responsável por causar lesões em vasos sanguíneos, rins e retina; sendo, portanto uma doença assintomática em suas fases iniciais, pois os sintomas aparecem geralmente vagos e comuns a outras doenças (NOBRE et al., 2006; AZIZ, 2014).

A falta de informação, por parte da população, contribui para seu baixo controle, acometendo não somente os idosos, mas indivíduos em faixas etárias cada vez mais precoces (IBRAHIM e DAMASCENO, 2012).

Os principais fatores de risco para a HAS são: excesso de peso, sedentarismo, ingestão abusiva de álcool e sódio, idade acima dos 50 anos, indivíduos não brancos, genéticos, sendo dentre esses classificados como os fatores modificáveis e não modificáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento da HAS abrange duas abordagens terapêuticas: o tratamento não farmacológico, que consiste em modificações do estilo de vida, como a reduzir o peso corporal através da realização de atividades físicas, alimentação saudável associado ao tratamento farmacológico, baseado no uso de anti-hipertensivos (CALHOUN et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na população da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Sra. Aparecida Conceição Ferreira, localizado no Município de Uberaba, foi observado que dentre os principais problemas de saúde apresentados, existem 1553 pacientes hipertensos, dentre dos quais 410 pertencem a Equipe de Saúde da Família (ESF) Abadia II, sendo 228 mulheres e 182 homens, possuindo um nível de descompensação alto. Alguns fatores de risco como a idade avançada, o sexo, cor da pele, elevada ingestão de sódio e alimentos gordurosos, fatores socioculturais, alcoolismo, tabagismo, hiperlipidemia, doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular e diabetes mellitus, foram observados na população hipertensa da unidade de saúde e dessa forma faz-se necessário estratégias para intervir nesse problema.

## 1.2 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Uberaba é uma cidade muito tranquila, pertencente ao Estado de Minas Gerais, localizado na microrregião do Triângulo Mineiro e encontra-se a 500 km aproximadamente de Belo Horizonte (UBERABA, 2014).

Segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Uberaba em 2010, contava com 295.988 habitantes, sendo 151.527 mulheres e 144.461 homens, em 2012, a população estimada foi de 302.623 habitantes. A distribuição da população, em 2010, caracterizava-se por uma população urbana de 289.376 habitantes e a rural de 6.612 habitantes. Entretanto, para o ano de 2015 a estimativa foi de 322.126 habitantes e uma densidade demográfica de 65,43 (hab/km<sup>2</sup>) (IBGE, 2010).

Em relação ao saneamento básico, o Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba (CODAU) é responsável pelos serviços de captação, tratamento e distribuição de água potável, abastecendo 99% dos imóveis e realiza em 98% o afastamento do esgoto sanitário (CODAU, 2014).

Em relação à saúde, a cidade realiza o acompanhamento da população hipertensa e diabética e de acordo com o Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Básica, possui 11.749 diabéticos e 33.122 hipertensos cadastrados (UBERABA, 2014).

### 1.3 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE UBERABA

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que tenha um impacto positivo na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2014). O Programa Saúde da Família tem uma cobertura de 52,44% e é composta por 22 Unidades de Saúde da Família (USF), 9 Unidades Matriciais de Saúde (UMAS), 6 Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), 47 Equipe de Saúde da Família (ESF) e 3 Centro Especializado Odontológico (CEO) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014).

Neste município o sistema de saúde está organizado por níveis de atenção, os quais constituem redes divididas em três níveis, sendo o nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde, que constitui a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde, nela encontram-se as Unidades Básicas de Saúde entre as que estão: USF Edison Reis Lopes, USF Virilânea Augusta Lima, USF Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, USF Rosa Maria, USF Residencial 2000, USF Fco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, USF Lecir Nunes Ramos, USF Sebastião L. Costa, USF Beija Flor, USF Romes Cecílio, USF JD Copacabana, USF Fausto Cunha, USF Maria de Oliveira, USF Jacob José Pinto, USF Inimá Baroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto, Eurico Vilela Farmácia (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014).

Além disso, existe as unidades matriciais, que oferecem serviço de clínico geral, pediatria e ginecologista, além de plantão de clínico geral.

O nível secundário ou rede de Atenção Secundária é preparado para avaliação de pacientes de risco meio, que contam com serviço ambulatorial especializado atendendo os pacientes que não tiveram seus problemas resolvidos na atenção básica. As unidades têm dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas, especialidades

odontológicas, dentre outros. Essa rede conta com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista; Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga (CAPS`D e CAPS), Centros de Testagem Anônima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM) e Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014).

E o nível terciário ou Rede de Atenção Terciária, é constituído pela atenção hospitalar, atendendo os pacientes de alto risco o com doenças de maior complexidade, dentre eles está o Hospital de Clínicas (HC) e o Hospital Universitário Mário Franco. Também existe a modalidade de Tratamento Fora do Domicilio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidade e que sua solução encontra-se fora do município, o sistema garante transporte para levar os pacientes para outros municípios onde se realiza seu tratamento ou avaliação (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014).

O município oferece outros serviços, além dos já citados acima. Está disponível para a população, a distribuição de vacinas, almoxarifado para distribuição de medicamentos às unidades de saúde, o Centro de Referência Infantil (CRIA), para crianças e adolescentes com problemas mentais e de conduta, e para os adultos com problemas mentais é oferecido o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) para oferecer tratamento a pacientes com problemas mentais, unidades de atendimento móvel de urgência (SAMU), zoonose para pacientes com doenças transmitidas por roedores ou outros animais, farmácia popular com medicamentos de graça para pacientes com doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus e a UBS mista que presta serviço de farmácia popular e especialidades para as doenças como hanseníase e tuberculose (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014).

O município possui convênios com 27 cidades vizinhas, as quais enviam seus pacientes para atendimento e tratamento em Uberaba.

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde

(ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014).

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

#### 1.4 TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA

A área de abrangência da ESF Abadia II atende um total de 890 famílias e uma população total de 3.550 habitantes. Segundo a faixa etária, ocorre um predomínio da população de 20 a 39 anos seguido da população idosa, e em relação ao gênero existe um predomínio de mulheres (BRASIL, 2012) (Tabela 1).

O nível de alfabetização é variável, porque os adultos concluem o ensino básico, param de estudar e depois de algum tempo retornam. Estudam principalmente no período noturno, com o predomínio do sexo feminino. Em relação à taxa de analfabetismo, cerca de 20% da população não sabem ler e escrever. A área de abrangência conta com 5 escolas, 3 creches e 2 igrejas. (BRASIL, 2014).

A taxa de emprego da área é baixa e os principais postos de trabalho são mercearias e lojas de roupa. As casas de um modo geral são construídas de alvenaria e acabamentos simples. A média dos moradores por domicílio varia de 5 a 8 pessoas. A iluminação é feita pela Companhia de Energia de Minas Gerais (CEMIG) e o saneamento básico pelo Centro Operacional de Desenvolvimento Saneamento Uberaba (CODAU), sendo que a companhia faz o abastecimento de água da maioria das residências, no entanto algumas casas possuem cisternas. A maioria das casas é própria, sendo que algumas são alugadas ou cedidas. O transporte é feito predominantemente por ônibus e bicicletas, no entanto alguns moradores possuem motos e carros e a renda familiar em média é um pouco mais que o salário mínimo (UBERABA, 2014).



Há serviço de coleta de lixo regular (duas vezes por semana), mas existem áreas de acúmulo em alguns terrenos baldios e quintais. Há uma pequena quantidade de lixo na rua; devidos os cães rasgarem alguns sacos de lixo que ficam nas calçadas, e também por pessoas que jogam papéis de balas, cigarros, dentre outros (UBERABA, 2014).

A taxa de natalidade na área é alta, portanto existe um número elevado de crianças atendidas na UBS, sendo que as doenças mais predominantes são resfriados e gripe. Nos adultos e idosos destacam-se as doenças crônicas, como: hipertensão arterial e diabetes mellitus bem como as complicações causadas por ambas, dependência química, depressão, cardiopatias, artrose, dentre outras (BRASIL, 2014).

Os principais problemas de saúde relacionados às crianças são devido à falta de higiene pessoal e doméstica, e a má alimentação. Já nos adultos e idosos, a doença crônica que possui maior destaque é a hipertensão arterial, devido principalmente à falta do uso diário das medicações. Além disso, nesse grupo de hipertensos foi observado um consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o que acaba contribuindo para o descumprimento do tratamento adequado e levando a complicações orgânicas (BRASIL, 2014).

As principais causas de morte observadas na área são os acidentes de trânsito, violência (causada pelo uso de drogas e álcool), problemas cardíacos e acidentes vasculares encefálicos (BRASIL, 2014).

**Tabela 1. Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF Abadia em 2014.**

Faixa Etária (anos)	Sexo		Total (n)
	Masculino	Feminino	
<1	12	20	32
1 - 4	56	69	125
5 – 9	90	125	215
10 – 14	104	115	219
15 – 19	117	324	441
<b>20 – 39</b>	<b>354</b>	<b>441</b>	<b>795</b>
40 – 49	264	182	446
50 – 59	190	274	464
<b>&gt;60</b>	<b>380</b>	<b>433</b>	<b>813</b>
Total	1567	1983	3550

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014.

### 1.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A UBS Dona Sra. Aparecida Conceição Ferreira está inserida em parte de área de abrangência, localizada no Barrio Abadia, em que muitos pacientes procuram o clínico geral para acompanhamento de doenças crônicas. Existe dificuldade para marcar as consultas com médicos especialistas, pois os pacientes permanecem muito tempo na fila eletrônica. O horário de funcionamento é das 07h00min horas até 17h00 horas. A equipe é denominada Abadia e é composta por: 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 técnico de higiene bucal e 3 agentes comunitários de saúde.

A unidade é composta por 3 consultórios de ESF, 1 consulta de Papanicolau, 1 posto de enfermagem, 1 sala de vacina, 4 consultórios de clínicos geral, 1 consultório de pediatria, 1 consultório para psicólogos, 1 sala dos agentes, 1 sala para assistência social e 1 cozinha, recepção, sanitários e armazém. Os recursos humanos que a unidade de saúde dispõe estão descritos na tabela abaixo.

**Tabela 2. Recursos Humanos da Unidade Dona Sra. Aparecida Conceição Ferreira, 2014.**

Enfermeiras de PSF	3
Médicos de PSF	3
Técnicos de enfermagem	3
Dentistas	4
Técnicos de Higiene Bucal	2
Secretarias de Dentistas	0
Gerente	1
Técnicas de enfermagem da rede	3
ACS	9
Recepcionistas	5
Empregadas de Limpeza	4
Médicos da rede	6 (4 Clínicos Gerais, 1 Pediatra e 1 Ginecologista)
Psicólogas	2
Assistentes Sociais	1
<b>Total de trabalhadores</b>	<b>46</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

## 2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica representa um sério e crescente problema de saúde pública e é uma das doenças de maior prevalência na população brasileira. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em todo o mundo haja mais de 1500 milhões de hipertensos, sendo responsável por 7,4 milhões de morte anualmente, sendo que esse número poderá ser duplicado em 2030 e 1,5 bilhão adoecem por causa da pressão alta (FALCÃO, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A doença é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular encefálico (AVE) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (IRT). Além disso, está associada a altos custos socioeconômicos para a sociedade, família e o próprio indivíduo e gera 40% das aposentadorias precoces no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SILVA, 2011).

A hipertensão é a doença crônica mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 50% entre aqueles com idade de 60 a 69 anos e 75% nos acima de 70 anos, além disso, é responsável por 45% dos óbitos em idosos, por isso o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo são fundamentais para o controle da hipertensão e a redução de suas complicações. A maioria dos idosos possuem outras comorbidades, que contribuem para o aparecimento de problemas cardiovasculares e isso contribui para um envelhecimento (BANDEIRA, PIMENTA; SOUZA, 2006).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são: tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, ingestão excessiva de sal, dislipidemia, sedentarismo e diabetes, idade acima de 60 anos, sexo masculino e mulheres após a menopausa. Por isso faz-se necessário mudanças no estilo de vida, tais como redução do peso, através das práticas de atividade física e alterações na dieta, que incluem diminuição da ingestão de sal e alimentos gordurosos aumento do consumo de alimentos saudáveis como grãos, frutas, vegetais, bem como associar ao tratamento medicamentoso, pois para maioria dos hipertensos é recomendado o uso de anti-hipertensivos (BRASIL, 2001; SANTOS; LIMA, 2008).

Diante do crescente número de hipertensos e das complicações causadas por ela, à equipe, através de reuniões, optou pela doença após análise dos problemas no que tange à sua relevância médica, à urgência da demanda, a capacidade global de governabilidade e enfrentamento dos mesmos e o próprio interesse da equipe em enfrenta-lo.

A hipertensão arterial é um problema de saúde que atinge 410 pacientes atendidos na unidade de saúde, representando 13,74% da população. Embora a porcentagem pareça ser pequena, diante das complicações causadas pela doença, são necessárias medidas estratégicas para reduzir a morbimortalidade e para atingir esses objetivos, é fundamental a participação dos profissionais da área da saúde e da própria comunidade.

É muito importante à definição das ações a ser implementadas a fim de enfrentar os problemas identificados, para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações. A equipe de saúde da família é consciente da necessidade de atuar sobre os fatores de risco e tentar modificá-los com ações de saúde, pois estes fatores aumentam a morbimortalidade o qual se reflete nas cifras altas de pressão arterial e suas complicações.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Elaborar um projeto de intervenção para a prevenção das complicações causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Dona Sra. Aparecida Conceição Ferreira no município de Uberaba-Minas Gerais.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os fatores determinantes do surgimento e evolução das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica no ESF Abadia.
- Propor ações de promoção, prevenção, pesquisa, tratamento e reabilitação das complicações da doença.

#### 4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Será realizada uma intervenção comunitária sobre os fatores que influenciam o controle da Hipertensão Arterial. A pesquisa será de caráter narrativo, de acordo com Pires e Bueno, 2009. O método de revisão narrativa *“se dispõe a levantar dados com caráter qualitativo, fundamentado na literatura científica em questões consideradas amplas ou abertas”*. Foram utilizadas as tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade com visita domiciliar, consultas e grupos operativos, entre outros para a realização de ações programadas no plano de intervenção.

Foram utilizados os prontuários individuais e familiares para obter as informações necessárias à pesquisa. Os dados foram recolhidos por SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e o Plano Municipal de Saúde do Município, além da monitorização da pressão arterial, peso e a circunferência abdominal.

A equipe identificou os problemas na área de abrangência, em seguida foi realizada a priorização dos mesmos e por último o plano de ação, em que foi realizada a descrição e explicação dos problemas e seleção dos nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os dados foram colocados em uma planilha eletrônica do Windows Excel 2010, sendo que estes dados serão posteriormente submetidos à análise estatística por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 13.0) e analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo e organizados em quadros e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente, sendo os seguintes descritores utilizados: Educação em Saúde; Autocuidado; Hipertensão.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nas últimas décadas, houve uma mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, caracterizada pelo aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas em relação a infecto-parasitárias. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontra-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dentre outros (BRASIL, 2003; GUEDES et al., 2011).

A HAS é considerada uma doença multifatorial, tendo, portanto tanto o fator genético como o ambiental, e em conjunto participam de sua origem. Cerca de 90% dos casos de hipertensão não possuem etiologia conhecida, já a minoria dos pacientes hipertensos, a doença é resultante de uma disfunção renal, endócrina ou cardiovascular, nesse caso é denominada de hipertensão secundária (BRASIL, 2006; HARSHFIELD et al., 2008).

Sabe-se que existem hábitos que contribuem diretamente para o aparecimento da doença, como: a ingestão excessiva de sal, uso abusivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, stress, tabagismo, diabetes e a obesidade. No entanto, na grande maioria das vezes, a HAS pode ser prevenida, uma vez que adotando um estilo de vida saudável, é possível manter níveis pressóricos normais e conseqüentemente reduzir a chance de problemas cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2001; NOBRE et al., 2010).

Quando a doença se faz presente, além da mudança no estilo de vida é fundamental o paciente fazer uso dos anti-hipertensivos para controle de pressão bem como reduzir as complicações causadas pela mesma, já que HAS é uma doença silenciosa, podendo assim dificultar seu diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Apesar do grande número de anti-hipertensivos disponíveis no mercado para essa população, os profissionais da área da saúde ainda esbarram em um grave problema, a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. A adesão ao tratamento é de fundamental importância, no entanto torna-se complexa, uma vez que vários fatores como as



características do usuário e da doença, hábitos culturais e de vida, dificuldades institucionais, e ainda, problemas relacionados com a equipe de saúde, influenciam no descumprimento do tratamento (COUTINHO, 2011).

A forma de agir em relação à hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. Frente à crise vivida no setor de saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Estratégia Saúde na Família (ESF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, a ESF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente (PROGRAMA DA FAMÍLIA, 2000; BRASIL, 2001).

A dinâmica proposta pela ESF está centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos com hipertensão (PROGRAMA DA FAMÍLIA, 2000; BRASIL, 2001).

De fato, a melhoria da qualidade da assistência é uma preocupação na saúde pública mundial, pois traz consequências importantes para o sucesso do tratamento e para a redução de danos. Os estudos de avaliação da área assistencial com foco na percepção da população são importantes e devem ser colocados em prática pelos serviços como forma de melhorar o sistema de saúde. A Estratégia Saúde na Família (ESF) prioriza o atendimento a grupos considerados de maior risco e agravos, entre eles, a população com doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus (GARCIA-ORTIZ, 2004; AYRES et al., 2008).

Sendo assim, através desse trabalho pretende-se orientar, assistir, diagnosticar e tratar a população hipertensa, permitindo o controle adequado da pressão arterial e dessa forma, evitando as complicações causadas pela doença. Portanto, é um desafio grande para os profissionais de saúde conscientizar e cuidar destes pacientes e assegurar uma qualidade de vida adequada para os mesmos.

## **6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

Em reunião com os principais líderes da comunidade e os membros da equipe, alguns problemas de saúde ainda persistem na área de abrangência, sendo necessário um plano de intervenção. Dentre os problemas observados pela equipe, nas fases de definição e priorização optou-se pela Hipertensão Arterial Sistêmica, sobretudo, ineficazmente controlada, associada ou não, a complicações.

A elaboração do plano de ação segue o raciocínio esmiuçado no desenho das operações com a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto da intervenção.

### **6.2. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE**

Os integrantes da equipe de saúde juntamente com alguns membros do Conselho de Saúde foram realizados o diagnóstico das principais doenças que afetam a área de abrangência:

1. Hipertensão arterial.
2. Diabetes mellitus.
3. Consumo de álcool.
4. Obesidade.
5. Hipotireoidismo.
6. Depressão.
7. Maus hábitos dietéticos.
8. Sedentarismo.

### **6.3. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS**

Em reunião com a ESF e alguns líderes da comunidade, o segundo passo foi à realização da priorização dos problemas na área de abrangência, aplicando um método da estimativa rápida tendo como coordenador da atividade o médico e como moderador à enfermeira. Como as principais

características dos problemas foi analisada a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento (Tabela 3).

**Tabela 3. Priorização dos Problemas de saúde da ESF, Abadia em 2014.**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão arterial	Alta	11	Parcial	1
Diabetes mellitus	Alta	9	Parcial	2
Obesidade	Alta	4	Parcial	6
Consumo de álcool	Alta	6	Parcial	5
Alimentação inadequada	Alta	7	Parcial	4
Hipotireoidismo	Alta	3	Parcial	7
Depressão	Alta	8	Parcial	3
Sedentarismo	Alta	2	Parcial	8

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

#### 6.4. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O terceiro passo foi a descrição do problema escolhido, pois atinge cerca de 30% da população adulta, na área de abrangência. A doença está associada a complicações cardíacas e cérebro vascular, além da insuficiência renal crônica, tendo, portanto como órgãos alvo o coração, rim, cérebro e retina (MAGALHÃES, BRANDÃO, POZZAN, 2010).

De 410 hipertensos, 228 são mulheres e 182 homens, possuindo um nível de descompensação alto. Alguns fatores como a idade avançada, doenças cardíacas, obesidade central, falta de atividade física, altos níveis de triglicérides e falta de HDL, maus hábitos dietéticos contribuem para esse

acontecimento. E apenas 74 pacientes hipertensos participam nas atividades do grupo do HIPERDIA (Tabela 4).

**Tabela 4. Distribuição dos hipertensos por categorias da ESF, Abadia em 2014.**

ESF Abadia	Hipertensos (n)	Feminino (n)	Masculino (n)	Controlados (n)	Não controlados (n)	Participam do Hiperdia (n)	Não adesão ao tratamento (n)
micro área 1	137	89	48	73	64	32	33
micro área 2	134	69	65	87	47	20	26
micro área 3	139	70	69	103	36	22	29
<b>total</b>	<b>410</b>	<b>228</b>	<b>182</b>	<b>263</b>	<b>147</b>	<b>74</b>	<b>88</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

## 6.5. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

O quarto passo desenvolvido foi a explicação da doença que está influenciada por fatores de risco que em alguns casos são preveníveis como:

- Sedentarismo.
- Sobrepeso.
- Consumo excessivo de álcool.
- Tabagismo.
- Uso de anticoncepcionais orais.
- Dieta rica em gordura e sal.
- Maus hábitos dietéticos.
- Estresse.

Dentre as complicações, destacam-se: as doenças isquêmicas cardíacas, acidentes vasculares encefálicos e a insuficiência renal crônica.

Outro dos problemas encontrados relacionado à doença é a baixa adesão ao tratamento, e esse fenômeno é recorrente quando se trata do tratamento de doenças crônicas, que exigem mudanças nos hábitos de vida.

## 6.6. IDENTIFICAÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”

**Ignorância sobre a doença:** Dieta rica em gorduras e sal.

Falta de atividade física

Sobrepeso

**Não Adesão ao tratamento:** Descontrole e descompensação da doença e ocorrência de complicações.

**Não participação do usuário:** Não participação do grupo do HIPERDIA

**Monitorização ineficiente:** Acompanhamento inadequado da ESF.

Dentre os problemas elencados pela equipe, nas fases de definição e priorização optou-se pela HSA, fatores de risco, adesão ao tratamento e suas complicações.

Como uma das propostas é auxiliar um melhor desempenho da equipe, dessa forma foi concretizado o desenho das operações para os nós críticos, conforme demonstrado na Tabela 5.

**Tabela 5. Desenho das operações para nós críticos.**

Nós Críticos	Operação /Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<b>Falta de conhecimento sobre a doença</b>	<b>Educação e saúde</b> -Fomentar a educação em saúde/doença; -Difundir o conhecimento.	População mais informada e interessada na própria saúde, mais ciente das complicações e participante do tratamento.	-Palestras informativas; -Grupos instrutivos, café com filosofia. -Consultas educativas.	Organizacional: Organização das logísticas das consultas. Político: Conscientização que a ESF não é só para aferir pressão arterial Cognitivo: ensinar um público de baixa escolaridade Financeiro: Lanches para as palestras.
<b>Não participação dos pacientes</b>	<b>Hipertenso ativo</b> -Aumentar o interesse do usuário; -Estimular a	Melhor aceitação dos pacientes nas terapias não farmacológicas e farmacológicas;	-Cobrança empática; -Teste de participação; -Valorização	Organizacional/ Cognitivo; Difusão da atenção centrada do usuário; Aplicação do modelo centrado no cuidado.

	prevenção.	Aumentar a participação dos pacientes nas Palestras e grupos. Redução no absentismo.	da compreensão do paciente sobre sua doença.	Adequação com o usuário.
<b>Não adesão ao tratamento.</b>	<b>O que achou do tratamento</b> -Melhorar o controle da doença crônica; -Aprimorar o tratamento; -Promover mudanças no estilo de vida.	Adesão completa ao tratamento em 90% dos casos; atingir 90% de adesão ao tratamento por parte dos pacientes.	Absorção da visão do usuário sobre o tratamento; -Palestras informativas; - Capacitação dos ACS	Organizacional/Adequação as atividades dos ACS. Político: Liberação dos ACS para tornarem-se agentes ativos do processo de saúde Financeiros: mais gastos com fármacos.
<b>Monitorização o ineficiente</b>	<b>Acompanhar com carinho o paciente</b> -Aprimorar o acompanhamento; -Percepção de melhora	Adequada verificação dos resultados e eventuais modificações no tratamento com participação do usuário.	-Controle das consultas por prioridades. -Organização dos prontuários. -Desenhos gráficos adequados da doença	-Controle das consultas por prioridades. -Organização dos prontuários. -Desenhos gráficos adequados da doença (Análise acertada). - Aferição completa dos parâmetros (PA, FC, CA, peso) e dos exames.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

## 6.7. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Nesta etapa foram identificados os recursos críticos, que são aqueles indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los. Na tabela 6, foram identificados pela equipe os recursos críticos de cada operação.

**Tabela 6. Identificação dos recursos críticos.**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Educação e saúde</b>	Político: Aceitação de que ESF não é só para aferir pressão arterial Financeiro: Lanches para as palestras
<b>Hipertenso ativo</b>	Organizacional/cognitivo: Difusão da atenção centrada no usuário; Aplicação do modelo centrado no cuidado. Adequação no trato do usuário.
<b>Organizacional/cognitivo:</b> Difusão da atenção centrada no usuário; Aplicação do modelo centrado no cuidado. Adequação no trato do usuário.	Organizacional: Adequação às atividades dos ACS Financeiros: Mais gastos com fármacos.

<b>Acompanhar com carinho o paciente</b>	Político: Aceitação dos gastos Cognitivo: Elaboração do projeto para comprovação, solicitação eficiente com manutenção da eficácia. Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas.
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

## 6.8. ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

Nesta fase do plano de intervenção é listada a identidade dos integrantes que controlam os recursos críticos. Uma vez colocado esta informação é feita uma análise para avaliar o grau de motivação dos responsáveis em relação aos objetivos visados pelo plano estratégico e descrever as ações estratégicas para motivar esses integrantes (Tabela 7).

**Tabela 7. Análise de viabilidade do projeto.**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recurso Crítico</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação Estratégica</b>
<b>Educação e saúde</b>	Político: Conscientização que a ESF não é só para aferir pressão arterial Financeiro: Lanches para as palestras	Secretaria de saúde	Indiferente Favorável	Apresentar projeto Apresentar projeto
<b>Hipertenso ativo</b>	Organizacional/cognitivo: Difusão da atenção centrada no usuário; Aplicação do modelo centrado no cuidado. Adequação no trato do usuário.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário
<b>O que achou do tratamento?</b>	Organizacional: Adequação às atividades dos ACS Financeiros: Mais gastos com fármacos.	Equipe de saúde Secretaria de saúde	Favorável Favorável	Não é necessário Apresentar projeto
<b>Acompanhar com carinho o paciente</b>	Político: Aceitação dos gastos Cognitivo: Elaboração do projeto para comprovação, solicitação eficiente com manutenção da eficácia. Financeiros: Compra do número de exames.	Secretaria de saúde	Indiferente Indiferente	Apresentar projeto Apresentar projeto

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

## 6.9. ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

A elaboração do plano operativo é uma etapa de grande valor para o sucesso da operação e nela serão designados os responsáveis por cada operação, definindo seus gerentes e os prazos para a execução de cada etapa (Tabela 8 e 9).

**Tabela 8. Plano operativo.**

<b>Operação</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Educação e saúde</b>	População mais informada	Palestras; grupos instrutivos; consultas educativas.	Apresentar projeto Apresentar projeto	Médico/ Enfermeira	Imediato: Palestras consultas 01 mês: Grupo
<b>Hipertenso ativo</b>	Participação, interesse	Cobrança empática; Acolhimento.	Não é necessário	Enfermeira/ Téc. Enfermagem	Imediato
<b>O que achou do tratamento?</b>	Adesão completa 90%. Melhora 70%: difícil	Idiosincrasia; Palestras; Capacitação ACS.	Não é necessário Apresentar projeto	Médico/ Enfermeira ACS	03 meses para todos os hipertensos
<b>Acompanhar com carinho o paciente</b>	Monitorar com participação do usuário	Prontuário organizado; Laboratório antropométrico, autoavaliação subjetiva.	Apresentar projeto Apresentar projeto	Médico/ Enfermeira	Imediato: Prontuários, antropometria. 03 meses exames laboratoriais

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.



**Tabela 9. Gestão do plano.**

<b>Operação</b>	<b>Coordenação</b>	<b>Produto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
Educação e saúde	1 Médica Avaliação após 6 meses do início do projeto.	-Palestras informativas; -Grupos instrutivos, café com filosofia. -Consultas educativas	Médica Enfermeira Técnico de Enfermagem	Imediato: Palestras consultas1 mês Grupo
Hipertenso ativo	1 Médica Avaliação após 6 meses do início do projeto.	-Cobrança empática; -Teste de participação; -Valorização da compreensão do usuário sobre sua própria doença.	Enfermeira Técnico de Enfermagem ACS	Imediato
O que achou do tratamento?	1 Médica Avaliação após 6 meses do início do projeto.	Idiosincrasia; Palestras; Capacitação ACS.	Médica	3 meses para todos os hipertensos
Acompanhar com carinho o paciente	1 Médica. Avaliação após 6 meses do início do projeto.	Prontuário organizado; Laboratório antropométrico, autoavaliação subjetiva.	Médico/ Enfermeira	Imediato: Prontuários antropometria. 03,meses exames laboratoriais

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com esse Plano de Intervenção pretende-se oferecer uma melhora na qualidade de vida dos pacientes participantes do projeto por meio de monitorização da pressão arterial, peso e a circunferência abdominal, aumentar o nível de informação da população sobre a doença, garantir as consultas e estrutura dos serviços para a adequada atenção, programar a linha de cuidados para atenção a riscos e complicações pacientes com hipertensão.

Este programa permitirá conhecer as necessidades dos indivíduos e as condições para o aprimoramento do processo educativo, além da melhoria na qualidade do atendimento prestado a esta população com a mudança do foco de atenção para o paciente.

## 8. REFERÊNCIAS

AYRES, M. M.; et al. **Fisiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 21, n.2, p.75-82, 2014.

BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A.P.; SOUZA, M.C.; **Atenção À Saúde Do Idoso: Saúde em casa**. Belo horizonte, 2006.

BARNETT, A.H.; DODSON, M. **Hypertension and diabetes**. London: Science Press; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>>: Acesso em: 08 de Ago. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus-PROTOCOLO**. Brasília, 2001. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao\\_arterial\\_sistematica\\_cab7.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab7.pdf)>. Acesso em: 20 de fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, operadoras e planos. **Agencia Nacional de Saúde Suplementar**, Dez, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde [Internet]. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo\\_relatorio\\_vigitel\\_2006\\_marco\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf)>: Acesso em 02 mar. 2010.

BRASIL. Especialização em Saúde da Família. **Fundamentação Teórica: Hipertensão arterial sistêmica-HAS**. Universidade Federal de São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>>: Acesso em: 08 de Ago. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção**. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>: Acesso em: 19 de set. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:< <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317010&idtema=67&search=minas-gerais|uberaba|censo-demografico-2010:-resultados-do->

universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios >: Acesso em: 02 de maio. 2014.

CALHOUN, D.A.; JONES, D.; TEXTOR, S., et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. **Hypertension**. v.51, p.1403-1419, 2008.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p

CENTRO OPERACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E SANEAMENTO DE UBERABA-CODAU. **História**. Disponível em: <<http://www.codau.com.br/historia.php> 2014>: Acesso em: 5 de maio. 2014.

COUTINHO, F. H. Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, n.2, p.397-41, 2011.

FALCÃO, P. Perfil de hipertensos de um núcleo de saúde da família. **Arq Ciênc Saúde**. v.15, n 4, p.176-81.2008.

GARCIA-ORTIZ L.; et al. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. **Rev. Esp. Cardiol**. n.57, p.644-51, 2004.

GUEDES, M. V. C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão. *Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN*, Brasília, v.64, n.6, p.1038-1042, 2011.

HARSHFIELD, G.A.; DONG, Y.; KAPUKU, G.K.; ZHU, H.; HANEVOLD, C.D. *Stress-induced sodium retention and hypertension: a review and hypothesis*. **Curr Hypertens Rep**. v 11, n 1, p. 29-34, 2009.

IBRAHIM, M.M., DAMASCENO, A. **Hypertension in developing countries**. *Lancet*. v. 380, n.9859, p.611-9, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2010/2012**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: setembro de 2014.

MAGALHÃES, M.E.C.; BRANDÃO, A.A.; POZZAN, R.; et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev Bras Hipertens**. v 17, n 2, p 93-7. 2010.

NOBRE, R.C.N.; COLUGNATI, F.A.B.; TADDE, J. Prevalência De Sobrepeso, Obesidade e hábitos de vida Associados ao Risco de Cardiovascular em Alunos do Ensino Fundamental. **Rev. Assoc Med Bras**, v. 52, n.2, p.118-24, 2006.

NOBRE, F.; et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.57, 2010.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

PONTES, H.A. **História de Uberaba e a Civilização do Brasil Central**, Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1970.

PREFEITURA MUNICIPAL. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em:<[http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2014b.

ROTEIRO para o reconhecimento do município e da Unidade de Saúde. **Planejamento e Avaliação em Saúde**. NESCON. UFMG. Jan. 2014.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**. v.17, n.1, p.90-97, 2008.

SILVA, EM. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira Enfermagem**. v 64, n6, p 1038-42. 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf): Acessado em junho de 2015.

UBERABA. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE UBERABA 2014-2017. Secretaria Municipal de Saúde (Assessoria de Planejamento em Saúde). Disponível em <[http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf)> Acesso em: 05 fev. 2016.