

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

BELKIS ANTONIA ARTIGAS LEON

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR HÁBITOS E
ESTILOS DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS**

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

BELKIS ANTONIA ARTIGAS LEON

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR HÁBITOS E
ESTILOS DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS**

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

Orientador: Esp. Judete Silva Nunes

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

BELKIS ANTONIA ARTIGAS LEON

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR HÁBITOS E
ESTILOS DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS**

Banca Examinadora:

Prof. Judete Silva Nunes

Prof. Letícia Ferreira Castro – UFTM

Aprovado em Uberaba, em 08 de abril de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais por seus princípios inflexíveis que orientaram minha vida e a vigilância constante na minha educação. Ao meu filho por ser a razão da minha vida e uma fonte de inspiração constante. Ao meu esposo por seu apoio em cada tarefa realizada. A minha equipe da ESF de Santa Maria, porque é fundamental para o desenvolvimento da minha prática profissional no Brasil. Aos meus pacientes da área de abrangência, eles são os protagonistas, caso contrário não é possível completar nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre a meu lado, A Programa Mais Médicos por permitir fazer este curso de especialização. A minha professora Judete Silva Nunes, por sua dedicação, apoio e perseverança. A todos os que contribuem para fazer desse curso um curso de excelente qualidade.

EPÍGRAFE

Hoje com a evolução da medicina, nós ganhamos muitos anos na nossa vida!!!!

Mas o que precisamos mesmo, isso raramente fazemos, que é acrescentar vida em nossos anos!!!!

Pensem nisso, para vivermos bem e melhor!!!!

Raimundo Grossi

RESUMO

O presente projeto de intervenção será realizado na Estratégia de Saúde da Família Santa Maria, no município Conceição das Alagoas, onde são acompanhadas 372 pessoas com hipertensão arterial, sendo que a maioria está com a pressão arterial descompensada. Estima-se que 20% da população brasileira sofra desta doença, e é uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, sendo que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morbimortalidade na sociedade, e a Hipertensão Arterial é o principal fator de risco dessas doenças no Brasil. Diante disso, este trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para trabalhar a prevenção da hipertensão arterial em adultos de comunidade, diminuindo riscos e propondo mudanças de hábitos e estilos de vida. Foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional e desenvolveremos um projeto de intervenção com atividades educativas, para modificar hábitos e estilos de vida em pacientes com Hipertensão Arterial, palestras e diversas atividades sócio educativas em grupos, para cuidados da hipertensão arterial sem a utilização de medicamentos. Com as intervenções pretendemos ampliar a cobertura dos serviços de saúde, favorecendo o acompanhamento mais sistemático das atividades de prevenção de saúde. Espera-se ampliar os conhecimentos dos profissionais atuantes e dos pacientes com hipertensão arterial sobre a doença, tudo isso com vistas à melhora da qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Esperamos que pelo menos 90% dos pacientes melhorem sua qualidade de vida, incorporem atividades físicas e boas práticas alimentares, evitando assim complicações.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de Risco e Estilos de vida.

ABSTRACT

This intervention project will be carried out in the Strategy of Health Santa Maria, the municipality Conceição das Alagoas, where they are accompanied by 372 people with hypertension and most are with decompensated blood pressure. It is estimated that 20% of the population suffers from this disease, and is one of the causes of further reduction in expectation and quality of life of individuals, and diseases of the circulatory system are the leading cause of morbidity and mortality in society, and Hypertension blood is the main risk factor of these diseases in Brazil. Thus, this study aims to develop an intervention proposal to work the prevention of hypertension in community adults, reducing risks and proposing changes in habits and lifestyles. We used the Strategic Planning Method Situational and develop an intervention project with educational activities, to change habits and lifestyles in patients with Hypertension, lectures and various socio educational activities in groups, for care of high blood pressure without the use of drugs. With the interventions we intend to expand the coverage of health services, encouraging more systematic monitoring of health prevention activities. It is expected to expand the knowledge of working professionals and patients with hypertension on the disease, all with a view to improving the quality of life of hypertensive patients. We expect at least 90% of patients improve their quality of life, incorporating physical and good dietary practice activities, thus avoiding complications.

Keywords: Systemic Hypertension, Risk Factors and lifestyles.

LISTA DE ABREVIATURAS

Agentes comunitários de saúde (ACS)

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Pressão arterial (PA)

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Ministério da Saúde (MS)

Unidade Básica de Saúde (UBS)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
4. METODOLOGIA.....	18
5. REVISÃO DE LITERATURA	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

1.1. Identificação do município

O município de Conceição das Alagoas, tradicionalmente conhecido como Garimpo, faz parte do estado de Minas Gerais e possui uma área de 1.340,250 km². Está localizado na microrregião de Uberaba, cidade da qual é ligada pela MG 427. Situada no Triângulo Mineiro, encontra-se a 56 km de Uberaba e a 530 km da capital Belo Horizonte, sendo vizinho dos municípios de Campo Florido, Planura e Veríssimo. A 46 km ao Norte-Oeste encontra-se Guaira, a maior cidade nos arredores. (IBGE, 2012)

Com uma população de 25.139 habitantes, de acordo com a estimativa de 2013 do IBGE, a cidade vem passando por um processo de crescimento populacional contínuo desde o final do século passado, devido a diversificação de sua base econômica. Naquele período houve a introdução da lavoura de cana-de-açúcar e, conseqüente, instalação de usinas de álcool e açúcar, sendo, até o momento, as maiores indústrias instaladas no município. Situada em uma região de solos férteis, a agricultura e a pecuária de leite e corte são a base da economia do município, que conta ainda com inúmeras olarias de tijolos as quais são entidades privadas, uma tradição do lugar. O comércio da cidade é forte e segue uma tendência de crescimento e diversificação. (IBGE, 2012)

A densidade demográfica é de 17,2 habitantes por km² no território do município. Possui 517 metros de altitude e suas coordenadas geográficas são Latitude: 19° 54' 51" Sul e Longitude: 48° 23' 11" Oeste. (IBGE, 2012)

1.2. Histórico de criação do município

Os primeiros brancos a desbravarem a região onde hoje se situa o Município de Conceição das Alagoas, foram bandeirantes em busca de ouro e pedras preciosas. Em 1811, chegou ao local João Batista Siqueira, deixando plantada a Fazenda Alagoas. Quarenta anos depois, José de Souza Lima, co-proprietário dessa fazenda, encontrou próximo a uma cachoeira do Rio Uberaba, um valioso diamante. No mesmo ano, o Padre Francisco Rocha organizava no local um núcleo de garimpeiros, recebendo a cachoeira o seu nome. Esses fatos ocorreram de boca em

boca, atraindo mais gente ao sítio. Em 1958, Antônio Correia de Moraes iniciou a construção de uma capela denominada “Garimpo das Alagoas”. Ao seu redor, no alto da colina, juntavam-se casas de primitiva construção, formando-se um núcleo, onde hoje se encontra a cidade. (IBGE, 2012)

As notícias divulgando a existência de riquezas minerais correram céleres pelos sertões, atraindo inúmeros garimpeiros. Novas moradias iam sendo erguidas e a comunidade alcançou época gloriosa mas pouco duradoura, na vida econômica da nova população. O declínio natural da mineração deu lugar às atividades agrícolas e pecuárias, tão antigas quanto o garimpo, porém mais solidamente fundamentadas para o desenvolvimento do lugarejo. (IBGE, 2012)

O topônimo é homenagem à Padroeira, Nossa Senhora da Conceição e Alagoas, alusivo ao grande número de lagoas existentes no território municipal. (IBGE, 2012)

1.3. Descrição do município

1.3.1. Aspectos Geográficos

Conceição das Alagoas possui uma área territorial total de 1.340,250 km² e uma densidade demográfica (hab/km²) de 17.19. Com uma altitude máxima de 723m Local Cabec.Corrego Felicidade e Altitude mínima de 490m local: Prox. Corrego do Mineiro. As temperaturas registradas são média anual: 21,9 C, média máxima anual: 29,1 C e média mínima anual: 16,6 C, com um Índice médio pluviométrico anual de 1589 mm. O relevo que predomina é plano, e menos predominante o ondulado e montanhoso. Tem como principais ríos Ribeirão das Alagoas, rio Uberaba e rio Grande e duas represas PORTO COLÔMBIA – Furnas e VOLTA GRANDE- Cemig. O clima do Município está classificado como mesotérmico, caracterizado por invernos secos e verões chuvosos. (IBGE, 2012)

Figura 1. Localização de Conceição das Alagoas em Minas Gerais.



Fonte Google, 2015

1.3.2. Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, indica que Conceição das Alagoas, é de 0,767, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, por índice de urbanização: Urbana: 20.892 habitantes - 90.61% Rural: 2.163 habitantes - 3,1%. e a população está dividida em 12.054 homens e 11.001 mulheres. Tem uma população estimada de 25 139 habitantes em ano 2013. (IBGE, 2012)

Em 2008 o IBGE divulgou um PIB de R\$ 439 860,699 mil e a Renda per capita média de Conceição das Alagoas foi de R\$ 20 449,13. Taxa de longevidade é de 0,862 e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. Não se reportou óbito materno em ano 2014 e só se reportou um óbito infantil. (IBGE, 2012)

Conceição das Alagoas tem condições para viver com qualidade e tranquilidade e vem passando por um processo de crescimento populacional contínuo desde o final do século passado, devido a diversificação de sua base econômica.

A proposta de trabalho em Saúde em Conceição das Alagoas está em sintonia com a construção nacional do SUS, para uma ampla rede de atenção à saúde e tem como instrumento de gestão fortalecer o modelo de atenção e será norte das ações para a busca da efetivação do aprimoramento da política de atenção básica na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde como pilar

fundamental e implantar uma medicina de primeiro mundo. (CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS, 2014)

1.3.3. Dados de Saneamento de Conceição das Alagoas

No que tange ao saneamento o abastecimento de água de Conceição das Alagoas é mediante rede pública, com uma produção diária que abastece a população em 1991 era de 73.2, hoje é de 80.6 a rede geral. Além disso tem poço ou nascente em um 18.8 e outra forma 0.5. O 82.7% de lixo é coletado, o 13.9% é queimado, enterrado ou a céu aberto. Quanto ao esgoto 77.5% famílias possuem sistema de esgoto ou pluvial, 15.6% fossa rudimentar, 1.4% fossa séptica e vala 0.3 e as maiorias das ruas são asfaltadas (CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS, 2014).

1.3.4. Principais Atividades Econômicas

Em relação á economia, o município sempre se dedicou à atividade pecuária de leite e de corte e á fabricação de tijolos em suas inúmeras olarias. Mas a partir da década de 1990, as culturas de soja e cana-de-açúcar vêm conquistando o espaço antes dominado pelo gado bovino. (IBGE, 2012).

Possui uma usina de álcool e açúcar do grupo "Carlos Lyra" e a Usina Hidroelétrica Volta Grande, que processam a cana-de-açúcar sendo uma das maiores produtoras de açúcar e álcool, para o Brasil e outros países. Grande parte da população trabalha nesse local, distribuída pelos vários seguimentos e é a principal fonte de emprego na região (CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS, 2014).

1.3.5. Aspectos Demográficos

Tabela 1 - Aspectos Demográficos do Município Conceição das Alagoas. Período 2012.

Faixa Etária	No.	%
Menor de 1 ano	416	1,7
1 a 4 anos	1515	6,3
5 a 9 anos	1882	7,8
10 a 14 anos	2070	8,6
15 a 19 anos	2051	8,5
20 a 29 anos	4872	20,3
30 a 39 anos	3861	16,1
40 a 49 anos	3111	12,9
50 a 59 anos	2118	8,8
60 a 69 anos	1100	4,5
70 a 79 anos	718	3,0
80 e mais anos	218	0,9
Total	23,932	100,00

Fonte: IBGE, 2013

No que se refere aos aspectos demográficos a composição etária do município – o número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos – é um elemento importante a ser considerado pela gestão municipal. Levando-se em consideração o número total de habitantes em Conceição das Alagoas, a população com idade acima de 60 anos apresentou um aumento, reforçando assim, as projeções estatísticas da OMS em que a população de idosos no Brasil aumentará muito nos próximos anos. Segundo a OMS, entre 1950 e 2025 a população de idosos no país crescerá na ordem de 16 vezes enquanto que, no mesmo período, o crescimento da população mundial será de não mais que cinco vezes. Segundo o Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil-2005, a população de idosos no Brasil passará de 7,3% em 1991 para 15% em 2025 (IBGE, 2012).

Em relação à educação, em Conceição das Alagoas não falta escola para quem quer estudar. A população alfabetizada é 163.140 habitantes e a taxa de analfabetos é de 3,7% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos (IBGE, 2012).

2. JUSTIFICATIVA

Um dos principais problemas de saúde da medicina contemporânea em países desenvolvidos é a Hipertensão Arterial. Logo, o seu controle é a pedra angular sobre a qual devemos agir para diminuir significativamente a morbidade por cardiopatia coronária.

Segundo a OMS (2002), é uma realidade que os indivíduos com hipertensão têm se comparado ao restante da população, 7,5 vezes maior risco de sofrer um acidente vascular cerebral, 6 vezes o risco de insuficiência cardíaca e 2,5 vezes de cardiopatia isquêmica.

A Hipertensão em seu início foi reconhecida por outros autores como "Assassino Silencioso". Considerando-se que esta doença possui elevada prevalência na população, com graves consequências a médio e longo prazo (CABALLERO, 2013).

As ações visam incrementar o conhecimento sobre a HAS nas pessoas com fatores de risco, contribuir para mudanças no estilo de vida que são fundamentais para o controle desta doença e seus fatores de risco para reduzir as complicações que a HAS ocasiona, e melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

A repercussão negativa que a Hipertensão Arterial Sistêmica tem na saúde assim como a prevalência desta doença na população do ESF Santa Maria foi o que motivou a fazer ações de intervenção educativas na população para adoção de estratégias de promoção e prevenção em saúde.

A HAS tem um impacto e uma transcendência realmente significativa na área de abrangência da ESF do estudo e por essa razão, consideramos muito importante a proposta de fazer uma intervenção educativa em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrado na ESF Santa Maria, tendo como desafio o controle da doença e reconhecer o impacto dela na vida das pessoas, assim são necessárias ações que previnam as complicações, devido a este agravo na comunidade, e que que estimulem o autocuidado, a participação em atividades educativas e envolvam as pessoas para conquistar o bem estar delas. Essas ações educativas são imprescindíveis para uma melhor sistematização do estudo realizado.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para modificar hábitos e estilos de vida em pacientes hipertensos na ESF Santa Maria.

3.2. Objetivos Específicos

- Realizar levantamento bibliográfico acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Melhorar a prática da educação em saúde pela equipe de trabalho.
- Elevar o nível de conhecimento dos usuários acerca da doença e seu controle.
- Realizar ações educativas para modificação dos fatores de risco em pacientes com HAS.

4. METODOLOGIA

A equipe da ESF apresentou interesse nesta temática a partir de discussões e reflexões nas reuniões, já que temos alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial, e muitos deles estão descompensados, isto motiva a realização de um projeto de intervenção para resolver e minimizar este problema e melhorar as condições de saúde destas pessoas.

O trabalho parte de uma revisão de literatura e será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES para desenvolver estratégias de intervenção para melhorar a abordagem da equipe de saúde dos usuários hipertensos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 110).

Para a revisão bibliográfica utilizou-se a biblioteca virtual em saúde do Núcleo de Atenção Básica em Saúde da Família – NESCON; buscou-se literatura na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS) e *Scientif Eletronic Library Online (SCIELO)* com temas de Hipertensão Arterial. Foram utilizados as descritores como “Hipertensão Arterial Sistêmica” “Estilos de vida” e “Fatores de risco”.

Os dados adquiridos em campo foram obtidos junto a Unidade e no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e a entrada dos dados vai ser realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2010 for Windows, 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 serão 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.

Aplicaram-se métodos quantitativos e qualitativos para identificar os fatores de risco e se dividirá o estudo em três etapas:

- **Etapa diagnóstica:** Faremos a abordagem dos fatores de risco relacionados com o envolvimento pessoal do paciente, o cumprimento do tratamento farmacológico e não farmacológico e o relacionamento com os profissionais da saúde.
- **Etapa de Intervenção:** Aplicará um grupo de ações onde os pacientes vão estar diretamente inseridos como: busca ativa de sintomas e sinais de descompensação, dinâmicas familiares para envolvê-los no cumprimento do

tratamento dos pacientes, apoio psicológico e motivação para melhorar sua saúde e palestras sobre importância do cumprimento do tratamento. Esta etapa vai se realizar por sessões de trabalho e vai- se aplicar técnicas de Educação em saúde, com um funcionamento adequado do grupo de Hipertensão.

- **Etapa de Avaliação:** Avaliar se existe uma correta aplicação do tratamento da Hipertensão Arterial em pacientes hipertensos e da adoção de estilos de vida saudáveis em pacientes hipertensos da ESF Santa Maria, e se qualificar em Alta se acrescentar - se 10%, Média se cresce entre 5 e 9% e Baixa fica abaixo de 5 %, dos pacientes.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica representa um sério problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos no Brasil (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Na prática, a HAS é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado para uma determinada faixa etária (PEDROSA; DRAGER, 2010)

A Hipertensão arterial é considerada, atualmente, um sério problema de saúde pública a nível mundial, sendo que estudos recentes demonstram que a hipertensão afeta entre um 30 a um 40 por cento da população adulta, esta prevalência se incrementa com a idade chega a estar presente em mais de dois terças partes da população maior de 60 anos, o que incrementa sua importância epidemiológica devido o envelhecimento da população em a maioria dos países do mundo (BENSENOR; LOTUFO, 2004).

A hipertensão arterial é das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). 2002. Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros (ABC.MED.BR, 2008).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil 10 a 15% da população é hipertensa, porém a maioria das pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão.

A pressão arterial, de pessoas com mais de 18 anos de idade, pode ser classificada de acordo com a medida casual no consultório, conforme quadro a seguir:

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima		
Normal		
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	

A hipertensão arterial pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou só sistólica (máxima). A maioria desses indivíduos, 95%, tem hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem definida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial é um importante problema de saúde que geralmente ocorre na idade adulta e vem acentuando os casos de morte por doenças cardiovasculares (DCV). De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças do coração e dos vasos constituem no Brasil a primeira causa de morte, (27,4%), sendo mais comum que as doenças infecciosas e parasitárias, além de causarem sequelas e serem responsáveis por 40% das aposentadorias precoces. O aumento dos casos de hipertensão pode ser atribuída a diversas causas, estando entre os principais fatores de risco, segundo Bensenor e Lotufo (2004), o aumento de peso corporal, o excesso da ingestão de bebida alcoólica e o consumo excessivo de sal, a falta de controle destes fatores contribui para o aparecimento da hipertensão e de doenças cardiovasculares, apresentando assim elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. A doença

cardiovascular é a maior causa de mortalidade em países desenvolvidos. No Brasil, a DCV é responsável por 1,2 milhões de hospitalizações, com um custo aproximado de 650 milhões de dólares/ano.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica de diversas etiologias e fisiopatogênica multifatorial, acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, do sistema renina-angiotensina, alterações renais, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial, que podem ser seguidas de lesões em seus órgãos-alvo como vasos, coração, retina e rins (BRASIL, 2007; 2015).

A prevalência da HAS aumenta com a idade, sendo que cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa. Em mulheres, a prevalência da HAS apresenta um aumento significativo após os 50 anos, sendo esta mudança relacionada de forma direta com a menopausa. Com relação à raça, além de ser mais comum em indivíduos afrodescendentes, especialmente em mulheres, a HAS é mais grave e apresenta maior taxa de mortalidade. A má adesão ao tratamento, incluindo a maior dificuldade de acesso ao atendimento médico, infelizmente adiciona maior risco à raça negra. (BRUNNER; KANTER; MANSON, 1995; HE; WHELTON, 1999; HAJJAR; KOTCHEN, 2003).

Outros fatores que contribuem para a HAS são o excessivo consumo de sal e álcool, a obesidade e o sedentarismo. Portanto, em decorrência da alta morbimortalidade associada à HAS e dos custos elevados para o seu tratamento, principalmente o custo de suas consequências, torna-se imprescindível um diagnóstico e o tratamento adequados para a modificação da história natural da doença hipertensiva (BRUNNER; KANTER; MANSON, 1995; HE; WHELTON, 1999; HAJJAR; KOTCHEN, 2003).

A prevalência de Hipertensão no Brasil é de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. O Ministério da Saúde do Brasil por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) controla esses dados através da base de dados do programa hiperdia, que é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, disponível no site <http://hiperdia.datasus>.

No Brasil, a hipertensão dada sua expressiva prevalência, por ser assintomática e pelas suas graves complicações, levando a incapacidades permanentes; a detecção desse problema, normalmente, é tardia, o que dificulta aos portadores a aderência ao tratamento e ao controle dela.

Ao longo de nossa investigação em busca de melhor qualidade de vida para os pacientes, identificamos que os portadores de hipertensão arterial apresentam problemas que não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica. Existem outras dificuldades, dentre as quais a aceitação de ser portador de problema crônico, o desconhecimento em relação à patologia e suas consequências e a necessidade de apoio para mudanças de hábitos de vida.

As transformações expressivas na vida dos indivíduos portadores dessa patologia são evidenciadas não apenas na esfera biológica, mas também na psicológica, na familiar, social ou na econômica, pela possibilidade de agravo em longo prazo, o que compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas (GOMES; ALVES, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo os autores (SCHERR; RIBEIRO, 2009) (MARTINEZ; LATORRE, 2006) entre os principais fatores de risco para HAS estão:

a) Idade: Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição.

b) Gênero e etnia: A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

c) Excesso de peso e obesidade: O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.

d) Ingestão de sal: a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros lanomâmi, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado.

e) Ingestão de álcool: A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA, e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas.

Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de hipertensão. Portanto o planejamento e a execução de suas atividades são fundamentais para minimizar os gastos dos serviços especialmente os de média e alta complexidade, e, principalmente para melhorar a qualidade de vida das pessoas (GIROTTI et al., 2013).

Um dos maiores desafios para o controle da HAS está relacionado ao caráter assintomático apresentado pela doença. Alguns estudos tem mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial, e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos, ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo (GUSMÃO et al., 2009).

De modo geral percebe-se que os pacientes dos serviços básicos de saúde procuram assistência somente quando apresentam algum sintoma, salvo os casos considerados graves, além disso, os usuários que apresentam diagnóstico de hipertensão com necessidades de maior quantidade de medicamentos precisam estar presente nas ações propostas pelo serviço, como os grupos educativos e as consultas. Percebe-se que há conhecimento insuficiente por parte dos pacientes, sobre a doença hipertensiva e a maneira de como deveriam se cuidar. Isso gera desmotivação diante das atividades de controle propostas pelos serviços de saúde como as atividades educativas e físicas (ALMEIDA; ARAÚJO; SILVA, 2011).

Torna-se necessário conhecer da importância do conhecimento sobre Hipertensão pelos pacientes é de suma urgência a capacitação de todos os

profissionais, de saúde, envolvendo as orientações voltadas para o controle da doença. O tratamento exige apoio de outros profissionais da área, além do médico, profissionais do NASF: Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta ocupacional, entre outros, para traçarem as metas que exigem abordagens diferenciadas. Dessa forma as pessoas com hipertensão arterial, se ajustam melhor frente as limitações decorrentes da doença e do tratamento.

Para controlar a PA é necessário incluir questões sobre os hábitos de vida saudáveis do indivíduo, o tratamento medicamentoso e a conscientização da doença e das morbidades relacionadas, assim, a melhor qualidade de vida nos indivíduos controlados pode estar relacionadas a postura deles diante a doença e os cuidados tomados para o controle da pressão arterial. Propiciar conhecimento aos portadores de Hipertensão arterial é então uma estratégia que contribui de forma significativa para melhorar as condições de saúde, pois facilita a adaptação, voluntariedade, comportamento e envolvimento de forma ampla, onde deve ser considerado o aspecto individual e colectivo.

A educação em saúde tem como objetivo orientar o hipertenso para o autocuidado na perspectiva de diminuir as taxas, melhorar a comunicação entre o profissional e o paciente, reorganizar o modelo assistencial com ênfase na integralidade da assistência, no tratamento ao indivíduo, como forma integrada a família ao domicílio, e comunidade. No que se refere ao tratamento dos hipertensos, a sociedade brasileira de hipertensão, recomenda a estratificação do risco cardiovascular para a prescrição do tratamento mais adequado, seja ele medicamentoso ou não (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Existem duas formas de tratamento, o não medicamentoso, que tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão e se for possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações nos estilos de vida, como por exemplo:

- Reduzir a sal, embutidos, enlatados, conservas;
- Reduzir consumo de álcool;
- Reduzir o peso corporal, diminuir o consumo de açúcares, e aumentar ingestão de fibras, substituir gorduras animais por óleos vegetais;
- Eliminar o tabagismo;
- Controlar o estresse;

- Evitar drogas que elevam a pressão arterial (anticoncepcionais, anti-inflamatórios, moderadores de apetite, descongestionante nasais, antidepressivos, corticoides, estimulantes, cafeína, cocaína e outros);
- Exercitar-se regularmente de 30 a 45 minutos, de 3 a 5 vezes por semana (ciclismo, caminhadas, ginástica, natação);
- Controlar as alterações das gorduras sanguíneas (dislipidemias). Já o tratamento medicamentoso visa reduzir as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos pacientes hipertensos (BUSATO, 2015)

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Diagnóstico Situacional

O Sistema Municipal de Saúde de Conceição das Alagoas, segundo dados de Plano Municipal de Saúde/2014, está estruturado da seguinte maneira: conta com 7 Unidades Básicas de Saúde, 8 Equipes do Programa de Saúde da Família, 1UBS com atendimento nas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e atendimento odontológico, 1 Centro de Saúde com atendimento médico nas demais especialidades e de Farmácia Básica Municipal, 1 Centro de Reabilitação (Fisioterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo, TO), 1 Hospital Geral Municipal com 2 alas de internação equivalendo a 21 leitos, centro cirúrgico e um serviço de Pronto Atendimento com 9 leitos de observação, além 2 serviços de apoio e diagnóstico, tais como Raios-X, Ultrassonografia e Laboratório de Análises Clínicas. Também uma Unidade de Vigilância em Saúde: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental e 1 Centro de Atenção Psicossocial, os quais em sintonia com a construção nacional de SUS tem a responsabilidade de planejar, implementar e avaliar as ações realizadas nos serviços municipais de saúde, para assegurar uma ampla rede de atenção á saúde, com unidades básicas de saúde, serviço de urgência e emergência, serviços especializados, entre os outros (CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS, 2014).

A área de abrangência ESF Santa Maria está localizada na Rua Antônia Rosa, n.º56 no Bairro Conjunto Felipe Mansur, comunidade que atende Conjunto José Gonçalves Ramos (Mutirão), Conjunto Ilídio Antunes de Oliveira, Conjunto Felipe Mansur (COHAB), Bairro Santa Isabel e Bairro João Staciardini I e II e se

formou, inicialmente, a partir do êxodo rural e pessoas de outras cidades, ocorrido nos anos 80, em função de busca de emprego e melhoria de qualidade de vida.

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município mostram que em fevereiro de 2015 a ESF apresentava 2 729 pessoas cadastradas, distribuídas em 821 famílias que foram distribuídos em seis micro-áreas.

Foi inaugurada há cerca de 17 anos, localizadas em uma região de fácil acesso, e hoje conta com equipe composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma equipe de saúde bucal, uma médica geral e um auxiliar de serviços gerais. Atualmente o horário de funcionamento é das 7h às 17h. A unidade tem: 1 sala consulta da médica, 1 sala consulta de Papanicolau, 1 posto de Enfermagem e a área destinada à recepção que é pequena, 3 Sanitários e 1 consultório para dentista, com uma sala de espera para pacientes e o quintal.

Esta ESF é uma casa alugada, que foi adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, porém bem conservada e sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado, mas pequeno para ser unidade de saúde. Tem um equipe de saúde da família completo, as consultas são de segunda-feira a quinta-feira com visitas domiciliares nas quintas-feiras à tarde com atendimento da demanda espontânea de 2 pacientes por seção. Sendo esta Unidade a “porta de entrada” do Sistema Saúde, todos os usuários devem ser registrados e possuir um prontuário, através do qual se possa fazer o acompanhamento de sua história clínica e da doença atual.

Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza o quintal para as reuniões com a comunidade. A equipe não tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. A contra referência não é feita como desejável, embora se notem mudanças nos últimos meses, com a criação de reuniões colegiadas para coordenação assistencial, com movimentos importantes para melhor articulação entre a atenção básica e hospital incluindo o pronto atendimento e se trabalha para perfeccionar a referência e contra referência.

A Tabela 2 mostra a distribuição da população da área segundo faixa etária e sexo. Observa-se predomínio da população de 20 a 39 anos seguido do grupo de 40 a 49 anos. A população é relativamente jovem, sendo então as ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde desta comunidade o rol mais importante de

atividades da equipe. Entre os 2729 habitantes da área de abrangência da Equipe Santa Maria, 1432 (52.47%) são homens e 1297 (47.52%) são mulheres.

Tabela 2 - Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF Santa Maria 2015.

Faixa Etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
<1	10	12	22
1 - 4	66	60	126
5 – 9	121	115	236
10 – 14	127	137	264
15 – 19	104	129	233
20 – 39	443	350	793
40 – 49	312	222	534
50 – 59	148	151	299
>60	101	121	222
Total	1432	1297	2729

Fonte: SIAB, 2015.

Em relação à educação, o nível de escolaridade é baixo, a maioria só chega ao nível básico e deixa a escola escolaridade, predominante é o fundamental incompleto representando cerca de 66.4% do total da área. A maior parte dos adolescentes quando não estão na escola ficam caminhando pelas ruas e praticam o consumo de produtos químicos e e álcool.

No que se refere ao trabalho a população trabalha principalmente em o centro industrial da cidade, a Usina “Grupo Carlos Lyra”, pequenas lojas de roupa e lanchonetes. A renda familiar é variável e a média é em torno de um salário mínimo. As casas em geral são construídas de cimento, teto de telhas, acabamento incompleto, existindo vários locais envolvidos no comércio. A média de moradores por família é de 3-6 pessoas. O número de nascimentos é alta, este influenciado pelo baixo nível educacional. A maioria das ruas são asfaltadas. Tem serviço de ônibus para o transporte dos estudantes, tem telefonia e acesso à internet.

Quanto ao abastecimento de água 821 (100%) famílias são abastecidas por rede pública O serviço de coleta de lixo é regular, geralmente, mas, no entanto, existem alguns terrenos baldios e quintais onde o lixo se acumula, Em 843 (98,6%) famílias há coleta de lixo semanalmente, em 12(1,4%) o lixo é queimado, enterrado ou a céu aberto. Quanto ao esgoto 763(89.2%) famílias possuem sistema de esgoto, 91(10.6%) fossa e 1 (0,1) céu aberto (CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS, 2014).

As doenças mais frequentes em crianças são processos respiratórios, como amigdalite, rinites, e parasitose. Em adultos as doenças que mais afetam a comunidade são doenças crônicas não transmissíveis e a maioria possuem prevenção, pois são causas de hospitalização como doenças cardíacas relacionadas com a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças Respiratórias fundamentalmente DPOC e os diferentes tipos de Câncer, patologias próprias da faixa etária predominante. Também dependência de álcool e produtos químicos, transtornos depressivos, e Artroses. Os principais problemas de saúde em crianças são: má higiene e alimentação inadequada.

6.1.1. Recursos da Comunidade

A comunidade conta com uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma Unidade Básica de Saúde (UBS), Farmácias, escola estadual, creches, igrejas distribuídas em várias religiões, um ginásio poliesportivo e comércios alimentícios. Associação comunitária não é atuante, a população não tem acesso aos meios de lazer e a praça do bairro foi ocupada pelos usuários de drogas.

A partir do diagnóstico da área de abrangência foi possível ter uma visão geral dos problemas de saúde expostos pelos agentes comunitários, líderes da comunidade e pela equipe. Em reunião, observou-se que existem um conjunto de problemas de saúde e que ainda persistem com dificuldades para sua solução.

Primeiro Passo: Identificação dos Problemas de Saúde:

Foram identificados os seguintes problemas de saúde mediante a aplicação da Estimativa rápida em reunião com a Equipe de Saúde da Família:

- 1-Alta incidência de Hipertensão Arterial descontrolada.
- 2-Alta incidência de Diabetes Mellitus descompensada.
- 3-Alto número de transtornos nutricionais por maus hábitos dietéticos.
- 4-Alta incidência de doenças mentais.
- 5-Alta incidência de doenças Cardiovasculares.
- 6-Alto consumo de álcool.
- 7-Numero elevado de doenças respiratórias.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Os problemas de saúde da comunidade foram priorizados segundo sua magnitude, importância, viabilidade e vulnerabilidade, feito junto com os agentes comunitários, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, pontuando cada uma destas características. Foram priorizados os problemas com pontuações mais altas.

Principais Problemas	Importância	Magnitude	Viabilidade	Vulnerabilidade	Soma	Prioridade
Alta incidência de Hipertensão Arterial descontrolada	10	10	10	10	40	1
Alta incidência de Diabetes Mellitus descompensada	10	10	8	8	36	2
Alto número de transtornos nutricionais por maus hábitos dietéticos.	8	8	6	3	25	6
Alta incidência de doenças mentais	10	10	7	7	34	3
Alta incidência de doenças Cardiovasculares	9	8	8	8	33	4
Alto consumo de Álcool	9	9	6	5	29	5
Numero elevado de doenças respiratórias	7	7	7	4	24	7

Terceiro Passo: Descrição do Problema

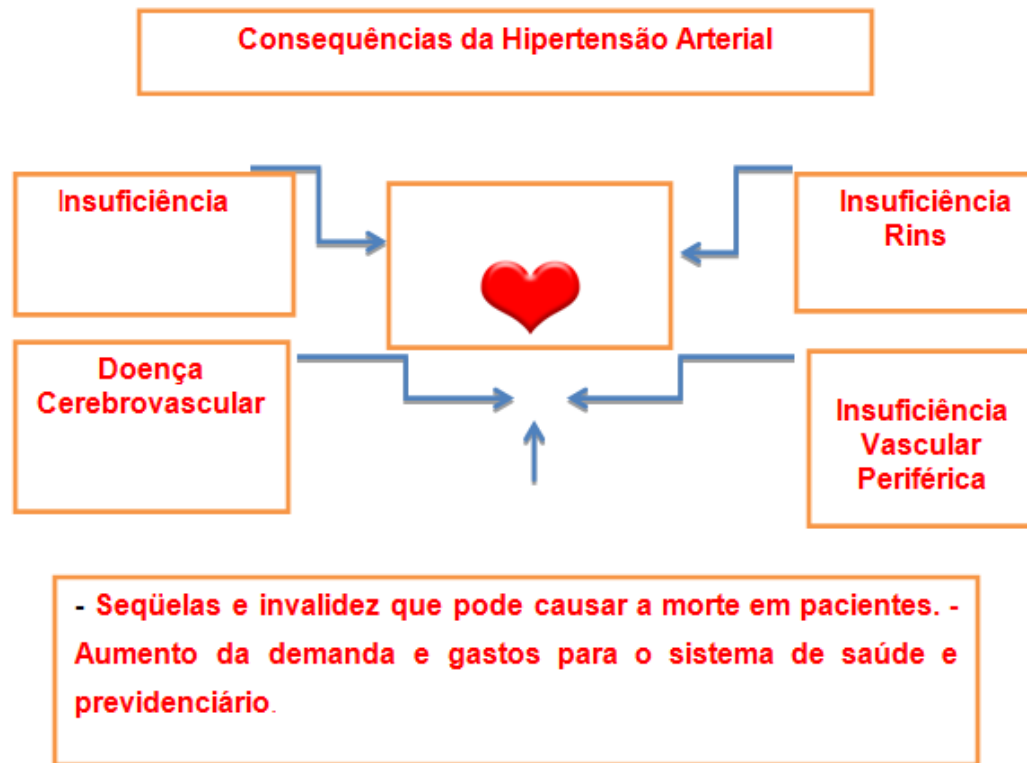
Após a priorização do problema, escolheu-se como de maior prioridade a alta incidência de Hipertensão Arterial descontrolada em pacientes do ESF Santa Maria. Este problema tem algumas variáveis que contribuem a sua priorização como, por exemplo, o número de hipertensos cadastrados que são 372, 77 não são alfabetizados, 22 moram sozinhos. Do total 89 estavam descontrolados, 31 apresentam afetação de algum órgão alvo e 133 tem associada à Diabetes Mellitus.

No município de Conceição das Alagoas na ESF Santa Maria a Hipertensão Arterial Sistêmica constitui também a Doença Crônica Não Transmissível com maior prevalência na população, com um comportamento de um 8,15%, com importante relacionamento com hábitos e estilos de vida inadequados, o sedentarismo, o consumo frequente de álcool e café, a não adesão ao tratamento, constituindo uma problemática de saúde importante.

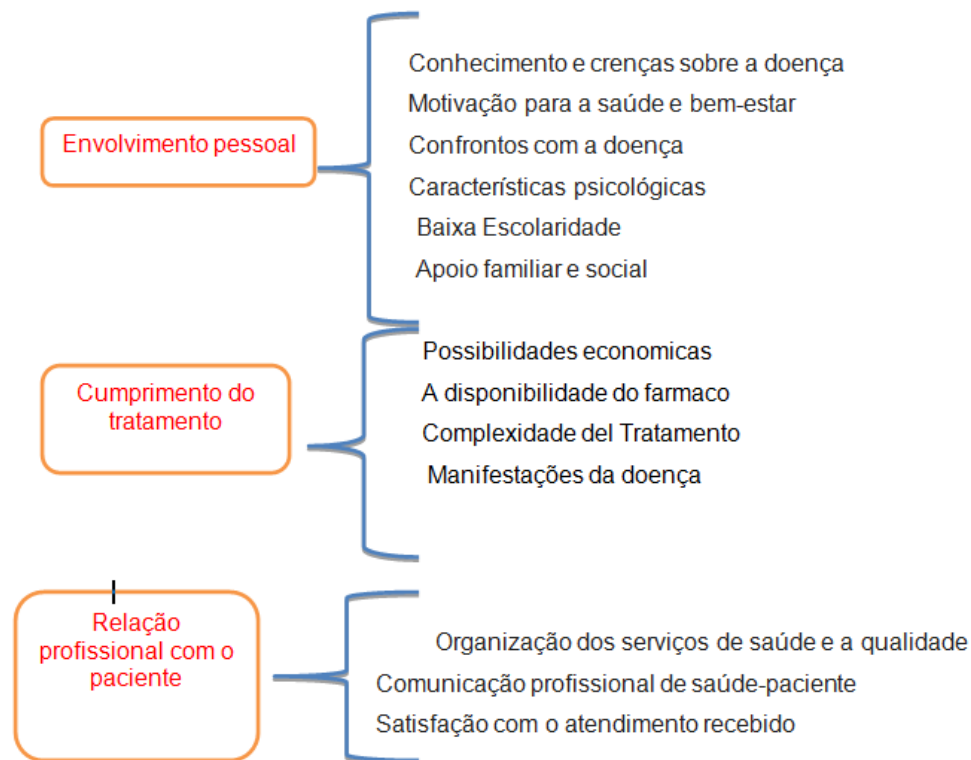
Quarto Passo: Explicação do problema

Neste passo baseou-se nas principais causas que influem diretamente e no problema:

1. Possibilidades econômicas
2. A disponibilidade do fármaco
3. Organização dos serviços de saúde e a qualidade dos cuidados
4. Comunicação profissional de saúde-paciente
5. Satisfação com o atendimento recebido
6. Apoio familiar e social
7. Complexidade do tratamento
8. Conhecimento e crenças sobre a doença e tratamento
9. Motivação para a saúde e bem-estar
10. Esqueceu tratamento
11. Características psicológicas (qualidades volitivas, traços de caráter, hábitos e habilidades)
12. Baixa escolaridade



Quinto Passo: Identificação dos nós crítico



Estes problemas foram analisados de conjunto a equipe, demonstrando assim a importância de um maior acompanhamento para avaliar melhor o conhecimento na população de abrangência. A influência direta e indireta no comportamento, na motivação, na produtividade do trabalho e na satisfação das pessoas envolvidas com a organização exerce uma grande mudança e influência dentro de nosso processo de trabalho em saúde. Os ACS são as pessoas que melhor conhecem a população e que tem domínio dos problemas de saúde existentes em cada microarea e de suas possíveis causas e consequências.

6.1.2 Operações para o nó crítico “Hábitos e estilos de vida inadequados”

Quadro 2 – Operações sobre o “Hábitos e estilos de vida inadequados” relacionado ao problema “elevada incidência de pacientes hipertensos descontrolados na área de abrangência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Maria, em Conceição das Alagoas, Minas Gerais.

Problema prioritário	Elevada incidência de pacientes hipertensos descontrolados na área de abrangência.
No crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Projeto 1	Modificar estilos de vida dos pacientes
Resultados	Que os pacientes aumentem sua adesão ao tratamento da hipertensão para o controle da hipertensão
No crítico 2	Inadequado nível de informação
Projeto 2	Aumentar o nível de informação dos pacientes em relação com a hipertensão, sua prevenção e seu tratamento farmacológico e não farmacológico.
Resultados	Pacientes mais informados sobre o conhecimento da hipertensão arterial, e controle da doença e redirecionamento do tratamento, e como modificar hábitos e estilos de vida para evitar complicações.
No Crítico 3	Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
Projeto 3	Implantar linha de cuidado para pacientes com hipertensão arterial e que tem risco de adquiri-las.
Resultados	Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde a través da capacitação dos agentes comunitários, líderes comunitários, realização de palestras, pôster, mídias audiovisuais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as consultas da equipe de saúde Santa Maria chamou a atenção o número acentuado de pacientes que buscam por consultas devido à hipertensão arterial descompensada, e entre as principais causas desta descompensação estão os hábitos e estilos de vida inadequados. Verificou-se que os pacientes não realizavam acompanhamento adequado nem tinham cuidados com a dieta, e quando foram questionados sobre os riscos, unanimemente comentaram sobre seu desconhecimento sobre alguns aspectos do tema. Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes hipertensos alcançarão a percepção dos riscos que a dieta inadequada, o consumo de bebidas alcoólicas e o sedentarismo; ou seja, um estilo de vida não saudável, traz a eles e conseqüentemente as complicações que se podem prevenir.

Como resultados esperados do presente projeto de intervenção, pretende-se ampliar a cobertura dos serviços de saúde proporcionada pela Estratégia de Saúde da Família, favorecendo o acompanhamento mais sistemático e ampliado das atividades de promoção da saúde e prevenção da hipertensão arterial, além de contribuir para o conhecimento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica sobre as características da doença, fatores de risco e formas de prevenção.

Essas questões serão promovidas a partir das atividades de intervenção educativa, de promoção da saúde e prevenção da Hipertensão Arterial. Através da realização de campanhas educativas periódicas e atividades programadas de acordo as necessidades dos pacientes, pretende-se aumentar a captação de pacientes com Hipertensão Arterial, reduzindo assim a incidência de pacientes com pressão arterial descompensada.

Esperamos que pelo menos 90% dos pacientes com Hipertensão Arterial da ESF melhorem sua qualidade de vida, incorporem atividades físicas e boas práticas alimentares, evitando assim complicações. Além disso, desejamos o aumento da participação dos pacientes e seus familiares nas atividades educativas, logrando assim uma maior sensibilidade da comunidade, orientando o hipertenso para o autocuidado e diminuindo a ocorrência de complicações.

Outro resultado que almejamos é a ampliação dos conhecimentos dos profissionais atuantes da nossa equipe de saúde em relação a HAS, isso poderá reduzir o impacto provocado por este agravo e contribuirá para melhorar a qualidade

de vida da população, proporcionando um melhor vínculo entre profissionais da ESF e os pacientes de nossa área de abrangência. Favorecendo assim um acompanhamento mais sistemático e Integral, estimulando a criação de programas comunitários, conscientizando a população sobre a importância nas mudanças dos hábitos e estilos de vida saudáveis e a sua repercussão no controle da Hipertensão Arterial (HAS) e de suas complicações.

REFERÊNCIAS

- ABC. MED. BR, 2008. **Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>. Acesso em: 18 out. 2014.
- ALMEIDA, G. B. S.; ARAÚJO, E. P.; SILVA, G. A. D. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. *Acta paulista de enfermagem*, p. 459–465, 2011.
- BENSENOR, M. I.; LOTUFO, A. P. A **Hipertensão no Contexto Nacional e Internacional**. Barueri: Manole Ltda, 2004.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Information about health: morbidity*. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: 02 Jul. 2015.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Information about health: mortality*. 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 02 Jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 19 set. 2014.
- BRUNNER, L. L.; KANTER, D. S.; MANSON, J. E. *Primary prevention of stroke*. **N Engl J Med**, p. 1392–1400, 1995.
- BUSATO, O. **Hipertensão Arterial**. 2015. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?244>>. Acesso em: 14 Jun. 2015.
- CABALLERO, M. D. P. *Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI*. *Rev cubana med, Ciudad de la Habana*, v. 52, n. 4, dic. 2013. Disponível em: <[Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 01 set. 2014.
- 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
- CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – Março/2014**. Conceição das Alagoas-MG, 2014.
- COSTA, J. M. B.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção a hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife. *Ciência e Saúde coletiva*, p. 623–633, 2011.
- GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde coletiva*, p.1763–1772, 2013.

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B. Artigo 76. **Cad. Saúde Pública**, p. 375–381, 2009.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada.

HAJJAR, I.; KOTCHEN, T. A. *Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the united states*. **JAMA**, p. 199–206, 2003.

HE, J.; WHELTON, P. K. *Elevated systolic blood pressure and risk of cardiovascular and renal disease: overview of evidence from observational epidemiologic studies and randomized controlled trials*. **Am Heart J**, p. 211–219, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo **populacional, 2008-2012**. Disponível em: <http://ibge.gov.br> Acesso em: 19 set. 2014

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq Bras Cardiol**, p. 471–479, 2006.

OMS. **Serie de informes técnicos**. *Prevención Primaria de la hipertensión arterial esencial*. 2002, p.686.

PEDROSA, R. P., DRAGER, L. F. **Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Disponível em: < <http://www.medicinanet.com.br/sobre.htm>>; Acessado em dez/15.

Revista Brasileira hipertensão, p. 38–43, 2009.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: Considerações sobre a realidade brasileira. **Arq Bras Cardiol**, p. 54–56, 2009.

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

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **ArqBrasCardiol**. v 95, n.1. p1-51. 2010