

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YOLEXIS PRIETO CORDOVES

**CONTROLE DE HIPERTENSOS DA UNIDADE DE
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA V MUNICÍPIO CAPITÃO
ENÉAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Montes Claros/ Minas Gerais
2015

YOLEXIS PRIETO CORDOVÉS

**CONTROLE DE HIPERTENSOS DA UNIDADE DE
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA V MUNICÍPIO CAPITÃO
ENÉAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

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

Orientador: Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral

Montes Claros/ Minas Gerais
2015

YOLEXIS PRIETO CORDOVÉS

**CONTROLE DE HIPERTENSOS DA UNIDADE DE
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA V MUNICÍPIO CAPITÃO
ENÉAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Banca examinadora

Professor Dr. André Luiz dos Santos Cabral - UFMG

Professora Dra. Márcia Bastos Rezende - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 2015.

Dedico este trabalho:

A comunidade de Santana da Serra, que me acolheu.

A Equipe de Saúde, que compartilhou comigo a busca do conhecimento.

AGRADEÇO

O apoio de minha família ainda longe, e de meus amigos, que me auxiliam na caminhada da vida. Vocês, com certeza, fazem a diferença para mim!

Agradeço em especial ao Dr. André Luiz dos Santos Cabral pelo apoio e ensinamentos.

A todos os funcionários diretos e indiretos do NESCON/ÁGORA que contribuíram para que este curso se tornasse realidade.

A diferença entre o inteligente e o sábio, é que o sábio pensa em longo prazo.

Rui Barbosa.

RESUMO

As doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil, representando quase um terço dos óbitos e 65% do total das mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco que podem ser modificados, como a Hipertensão Arterial. O controle dos fatores de risco é imprescindível para a redução das complicações fatais das doenças cardiovasculares. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da Pressão Arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares. Negligenciar o tratamento da HAS pode, segundo o Conteúdo Técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (2013) acarretar complicações crônicas (hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral, retinopatia hipertensiva). Desta forma, considerando o percentual significativo de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde V bem como, o controle dos mesmos, torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de controlá-los adequadamente. Para isso nos propusemos as seguintes ações: Classificá-los corretamente, realizar visita domiciliar aos que não comparecem a consulta, oferecer palestras a grupos operativos para melhorar a cultura em matéria de saúde, promover hábitos alimentares e de vida saudáveis, encaminhar ao nutricionista a obesos e sobrepeso e de esta forma reduzir a morbimortalidade por essa doença no território. Antes, foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde e os Programas do Ministério de Saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Fatores de risco.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death in Brazil. They represent one third of all deaths and also the 65 percent of deceased persons between 30 and 69 years of age. The majority of cardiovascular diseases evolve as a result of inappropriate lifestyle and other risk factors that could be modified such as high blood pressure. It is essential to control the risk factors so that we can reduce fatal complications from cardiovascular diseases. Systemic high blood pressure is considered a multifactorial clinic condition characterized by high arterial blood pressure levels usually associated to target organs alterations and thus, higher risk of cardiac episodes. Negligence in the treatment of high blood pressure according to the Technical Content of Systemic Arterial High Blood Pressure, Diabetes Mellitus and Chronic Renal Disorders Guidelines (2013) may result in chronic diseases such as left ventricular hypertrophy, coronary arterial disorders, cardiac insufficiency, transitory ischemic stroke, brain vascular accident and high blood pressure retinopathy. As a result of the above mentioned and considering the significant percentage of high blood pressure individuals who live in the area looked after by the Family Health Team V and also taking into account the inadequate control that these patients have on their pathology it is mandatory that we come up with an intervention plan intended to appropriately control the patients and consequently reduce the morbidity rates in the area due to this disorder. A previous research on the Health Virtual Library and the Health Ministry was carried out to support this investigation. After a deep research and analyses we came up with the following course of action: carry out a correct classification of patients; visit patients in their houses when they skip their medical appointments; perform prophylactic and educational public debates to broaden individuals' appreciation of the health care measures they should practice and keep; promote healthy eating and healthy living; refer obese and overweight individuals to the nutritionist so that morbidity caused by this factor can be reduced in the area.

Key words: Systemic Arterial High Blood Pressure. Risk factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEMEIS	Centro Educacional Municipal de Ensino Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ECG	Electrocardiograma
EPI	Empresa de Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégias de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
CS-FNS (SESP)	Centro de Saúde- Fundação Nacional de Saúde (Secretaria de Estado de Saúde Pública)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos.....	24
Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na Unidade de ESF V.	28
Quadro 2	Desenho das operações.....	30
Quadro 3	Identificação dos recursos críticos para o enfrentamento do problema “controle inadequado de hipertensos”	31
Quadro 4	Análise de viabilidade do plano	32
Quadro 5	Elaboração do plano operativo	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVO.....	18
4	MÉTODOS.....	19
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	21
5.2	Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	22
5.3	A abordagem da HAS pela atenção primária à saúde.....	24
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1	Definição dos problemas.....	27
6.2	Priorização de problemas	27
6.3	Descrição do problema selecionado.....	28
6.4	Explicação do problema.....	29
6.5	Seleção dos “nós críticos”	29
6.6	Desenho das operações.....	30
6.7	Identificação dos recursos críticos.....	31
6.8	Análise de viabilidade do plano.....	32
6.9	Elaboração do plano operativo.....	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Capitão Enéas localiza-se ao Norte de Minas Gerais, na área do alto-médio São Francisco, a 471 km de Belo Horizonte, 58 km de Montes Claros, via asfalto (BR 122/BR 135). Limita-se com os municípios de Montes Claros, Francisco Sá, Janaúba e São João da Ponte, via de acesso na qual se encontra em processo de pavimentação. Sua área total é de 971,583 km² e tem aproximadamente 3788 famílias.

O clima predominante na região é tropical semiárido, quente e seco, com temperaturas que chegam aos 40^o graus. Seu bioma é o cerrado, e por apresentar características semelhantes ao Nordeste, o Norte de Minas foi incluído no polígono das secas.

O município é constituído de 2 distritos: Caçarema e Santana da Serra; 2 povoados: Orion e Virgilândia; e por 7 comunidades rurais: Serrote e Mucambo, Barra do Córrego, Barreiro de Dentro, Malhada Real, Poção, e Poço do Pedro.

Capitão Enéas possui uma população estimada de 14.372 habitantes, de acordo com o IBGE (2012), sendo que 7.203 são do sexo masculino e 7.003 do sexo feminino. A população da área urbana corresponde a 11.520 habitantes, o equivalente a 81,09% do número total, e na zona rural são 2.686, que corresponde a 18,91%. A densidade demográfica do município é 14,62 hab./km².

A chamada Burarama de Minas, distrito de Francisco Sá, em 03/03/1962 foi emancipada. Da legalização encarregou-se o Deputado Jorge Vargas, que junto ao governador José de Magalhães Pinto não teve dificuldade de fazer aprovar o Projeto de Lei No 2.189/65, na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Tal projeto que se fez lei, publicado no “Minas Gerais” de 15 de setembro de 1965, autorizou definitivamente a mudança do nome Burarama de Minas para “Capitão Enéas”.

A também conhecida Cidade das Avenidas por apresentar ruas extensas com canteiros centrais e arborização, está localizada nos limites de Montes Claros, São João da Ponte, Francisco Sá e Janaúba.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal foi de 0,639 segundo o Censo IBGE (2010) e a taxa de urbanização de 84,36 %.

As principais atividades econômicas desenvolvidas são a agropecuária (subsistência) e ligadas à indústria metalúrgica do grupo RIMA, Empresa de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) Marluvas e Calçados de Segurança LTDA, responsável por gerar emprego e renda no município. Além dessas atividades, a população dispõe de fontes de renda provenientes de atividades comerciais e do exercício de funções públicas. E as famílias vulneráveis são assistidas por programas sociais do Governo. A renda per capita média mensal da população economicamente ativa de 10 anos ou mais de idade é de R\$ 510,00 (IBGE, 2010). Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego foram realizadas 587 admissões de trabalhadores formais com carteira assinada em 2012.

A rede geral de abastecimento de água é predominante, sendo esta proveniente da COPASA. As instalações sanitárias estão ligadas à fossa séptica (74,6%), rede geral de esgoto (20,01%) e céu aberto (5,39%) em 100% das residências. O lixo é coletado em 78,78%, sendo o restante queimado, enterrado ou mesmo a céu aberto. O índice de iluminação pública proveniente da Cemig é de 97,89%.

O crescimento populacional esperado para a população de Capitão Enéas é de 1,1%, segundo o Censo IBGE 2010. A estrutura etária do município mostra uma inversão da tendência até então vigente da população jovem crescente em relação à população adulta e idosa, revelando-se o padrão mundial, cuja base da pirâmide está cada vez menor e o ápice crescente.

Quanto à escolarização, o município apresenta taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos superior a 18,3%, segundo dados divulgados pelo IBGE em 2010, o que equivale a cerca de 1820 pessoas.

A rede pública de ensino é composta por 17 instituições, sendo 12 escolas Municipais dentre elas 06 CEMEIS (Centro Educacional Municipal de Ensino Infantil) e 05 estaduais que fazem parte da área de abrangência das Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) que cobrem todo o município de Capitão Enéas.

- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 50,75 %
- Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: 4,1

- População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 95 %
- População com plano de saúde: 12,31 % (Setembro / 2013)

O Conselho Municipal de Saúde é paritário e ativo, representado pelos usuários de saúde, trabalhadores, prestadores de serviços de saúde e governo municipal. O conselho tem como presidente o secretário municipal de saúde. As reuniões são realizadas mensalmente na sede da Secretaria Municipal de Saúde, para discutir, votar e deliberar assuntos da Saúde, com registro das reuniões em ata. Eventualmente os conselheiros são convocados para reunião extraordinária. O CMS apresenta-se até o atual momento sem uma sede própria, ou seja, a inexistência de uma sala com secretária, computador, impressora, armários, mesas e cadeiras para uma melhor representatividade e acolhimento para seus representantes.

A rede assistencial da Atenção Primária à Saúde de Capitão Enéas é dividida da seguinte forma:

- 01 Ambulatório (área urbana) CS-FNS (SESP)

O ambulatório funciona como serviço complementar ao atendimento de saúde da população do município. São realizados atendimentos oftalmológicos, psiquiátricos encaminhados das Unidades Básicas de Saúde e exames de Eletrocardiograma, entre outros. Ainda no mesmo prédio, funciona um dos Laboratórios de Análises Clínicas do Município e a Secretaria Municipal de Saúde.

- Unidade Básica de Saúde Dr. Rubens Mortimer (ESF I)
- Unidade Básica de Saúde José Magalhães Mendonça - (ESF II)
- Unidade Básica de Saúde Jacinto Teixeira da Silva – CS/SES (ESFIII)
- Unidade Básica de Saúde Rural José Sidney da Silveira – Caçarema (ESF IV)
- Unidade Básica de Saúde Rural Walter José de Abreu – Santana da Serra (ESF V)

A população cadastrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rural Walter José de Abreu – Santana da Serra (ESF V) é de 2.813 pessoas, sendo o número de famílias cadastradas 810. O ESF é dividido em 7 micro-áreas. Os principais pontos de apoio da nossa UBS são: Orion, onde residem 647 pessoas divididas em 2 micro-áreas, se localiza há uma distância de 22 km da sede do município. Localiza-se

aproximadamente a 16 km da UBS Santana, sendo o acesso da comunidade a unidade de apoio por veículos próprios e ônibus escolares. E Poço do Pedro, na qual residem 62 famílias divididas em apenas uma micro-área. Localiza-se aproximadamente a 04 km da UBS Santana, sendo o acesso da comunidade a unidade de apoio por veículos próprios e ônibus escolares.

O problema de prioridade número um de nosso diagnóstico é a grande quantidade de pacientes hipertensos, com controle inadequado.

Neste contexto, ressalta-se que das 2.813 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 343 são hipertensos, o que corresponde a 12,1% da população Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2013) e só um 12% deles está controlada, mas não com tratamento adequado, sendo que, de acordo com os registros da equipe, a maioria dos hipertensos é do sexo feminino, tem mais de 20 anos.

Sendo assim, considerando as causas do inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados, a equipe elencou como nós críticos desse problema: classificar corretamente os pacientes hipertensos, realizar visita domiciliar aos pacientes hipertensos que não comparecem a consulta médica, oferecer palestras com grupos operativos para melhorar a cultura em matéria de saúde, revisar e corrigir a dosagem dos medicamentos dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), promover hábitos alimentares saudáveis, mudanças no estilo de vida relacionado à ingestão de álcool e consumo de cigarros, promover assistência periódica nas consultas médicas, encaminhamento ao nutricionista em pacientes obesos e sobrepeso e avaliação anual de fatores de risco cardiovascular.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (MENDES, 2012). Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2012). Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MENDES, 2012).

Negligenciar o tratamento da HAS pode, segundo o conteúdo técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (2013) acarretar as seguintes complicações crônicas (lesões em órgãos-alvo): hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral, retinopatia hipertensiva.

Desta forma, considerando o percentual significativo de hipertensos residentes na área de abrangência da ESF V que corresponde a 12,1%, bem como, o inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados, torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de controlar adequadamente o nível pressórico dessas pessoas e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade por essa doença no território.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho.

Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção a fim de promover o controle adequado dos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da unidade da ESF V do município de Capitão Enéas-MG.

Objetivos específicos:

- Identificar os fatores determinantes do controle inadequado dos hipertensos residentes na área de abrangência da unidade da ESF V.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

4 MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, foram executadas quatro etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica, análise de dados secundários e elaboração do plano de intervenção.

Para o diagnóstico situacional foi realizado levantamento de dados no período setembro a dezembro de 2014, junto à equipe de saúde. Foram analisados os dados registrados pela equipe e dados do SIAB (2013).

Dados referentes a saúde da população, condições sócio econômicas, de moradia e saneamento básico, apresentadas na introdução, e como diretriz seguiu o método de Planejamento Estratégico Situacional, abordado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, de autoria de Campos; Faria; Santos (2010).

Este método percorre quatro momentos que são divididos em passos:

- Momento explicativo, onde buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas.
- Momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de soluções, o seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado.
- Momento estratégico, onde buscou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas formulando estratégias para alcançar objetivos traçados.
- Momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano.

A partir desse trabalho e devido a HAS ser uma doença responsável por uma parcela significativa de procura por atendimentos de saúde entre a população de Santana da Serra, foi selecionado o controle adequado dos pacientes hipertensos como problema principal. Os dados de informação sobre a população foram obtidos por meio do SIAB (2013) da unidade. Esses dados foram analisados de forma conjunta para a construção da proposta de intervenção sobre o controle adequado dos pacientes hipertensos.

A busca de materiais científicos foi realizada por meio de consultas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e o *Scientific Eletronic Library Online*, e a Biblioteca Virtual NESCON e, também, documentos do Ministério da Saúde, usando os

seguintes descritores: hipertensão e estratégia saúde da família, bem como será utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, de autoria de Campos; Faria; Santos (2010), por meio do qual, após processado os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade ESF V, foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário.

A elaboração do plano de intervenção na unidade foi de suma importância para poder traçar metas e ações a serem executadas por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado a esses usuários, com a finalidade de manter seus níveis pressóricos dentro da normalidade seguindo os preceitos do Ministério de Saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da Pressão Arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Ela é diagnosticada quando a pressão arterial sistólica for ≥ 140 mmHg e/ou a diastólica for ≥ 90 mmHg (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida, sendo estas pessoas classificadas com hipertensão primária ou idiopática. O restante dos casos é classificado como hipertensão secundária, a qual decorre de alguma patologia (POWERS; HOWLEY, 2000).

Passos, Assis e Barreto (2006) realizaram um estudo com objetivo de revisar, de forma crítica, os estudos de base populacional que estimaram a prevalência de hipertensão em adultos brasileiros. Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica ≥ 140 mm Hg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos analisados mostraram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. De acordo com os autores esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina. Além disso, são valores importantes para o planejamento de ações de Saúde Pública.

A evolução clínica da HAS é lenta e possui uma multiplicidade de fatores. Quando não tratada adequadamente pode trazer graves complicações, que podem ser temporárias ou permanentes. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema e pode acabar comprometendo a qualidade de vida dos mesmos (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Dentre os fatores de risco para a HAS pode-se citar: a idade, o sexo e a etnia, o consumo excessivo de sal, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). É comum que os fatores de risco da HAS sejam classificados em dois grupos: aqueles que podem ser controlados e aqueles que não podem ser controlados. No primeiro grupo pode-

se citar a obesidade, a ingestão excessiva de sódio e álcool, além da inatividade física. Já no segundo grupo destaca-se a hereditariedade, a idade avançada e a raça (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; MAGRINI; MARTINI, 2012).

A prevalência da HAS aumenta com a idade (SOUZA *et al.*, 2007) e é mais frequente entre indivíduos da raça negra (DÓREA; LOTUFO, 2004). A hereditariedade desempenha papel fundamental na gênese da hipertensão, entretanto é inquestionável que o ambiente influencia de forma significativa, visto que mudanças de hábitos alteram o comportamento da pressão arterial (NOBRE *et al.*, 2013). Outros fatores de risco importantes são o tabagismo e o estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Modificações de estilo de vida podem refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe (PLAVNIK *et al.*, 2010). Além disso, têm também impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da hipertensão (ZHANG *et al.*, 2006 *apud* PLAVNIK *et al.*, 2010).

Todos os hipertensos com peso acima do ideal avaliados pelo Índice de Massa Corporal (IMC) como acima de 25 kg/m² devem ser encorajados a perder peso. A redução do peso reduz o nível da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além disso, recomenda-se a prática de atividade física aeróbica moderada por pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana, se não houver limitação. De acordo com Nogueira *et al.* (2012) alguns estudos confirmaram redução significativa da pressão arterial ao esforço. Em relação à dieta alimentar, os hipertensos devem ser orientados a reduzir o sal e moderar no consumo de álcool.

5.2 Diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Um grande desafio no diagnóstico e controle da HAS é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente. O curso assintomático da doença até sua descoberta ou até que ocorram lesões em órgãos-alvo são fatores importantes que dificultam ainda mais esse aspecto (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

A medida da Pressão Arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. A medida da PA deve ser realizada em

toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O paciente deve estar sentado, em ambiente calmo, por cinco minutos antes da medida, com as costas apoiadas e o braço no nível do coração. Devem-se utilizar manguitos adequados à circunferência do braço (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória e com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide devidamente calibrado. Além disso, pode-se utilizar também a técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados e calibrados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Um mínimo de três leituras devem ser feitas em intervalos de pelo menos um minuto, e a média das duas últimas medições deve ser utilizada, caso a diferença seja inferior ou igual a 4 mmHg entre estas últimas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012).

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utiliza-se como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas futuras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais caso apresente diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólico-diastólica, respectivamente (*EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2005 apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A linha demarcatória que define a HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na tabela 1 estão apresentados os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos.

Tabela 1 - Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	≥ a 180	≥ a 110

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.8).

5.3 A abordagem da HAS pela atenção primária à saúde

A HAS representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente pela ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas e também doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007). Além disso, de acordo com os mesmos autores, ela pode trazer como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

A maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo assim a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002 *apud* TEIXEIRA; EIRAS, 2014).

Os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária. Além disso, como a HAS é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial, há a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios) (SARAIVA *et al.*, 2007) e alguns instrumentos da prática da APS são importantes para a mudança desse estilo de vida, como por exemplo, os grupos operativos e as visitas domiciliares (BRASIL, 2002 *apud* TEIXEIRA; EIRAS, 2014).

Os grupos operativos permitem uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e as visitas domiciliares podem ajudar na avaliação *in loco* da relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo (BRASIL, 2002 *apud* TEIXEIRA; EIRAS, 2014).

Nos anos 70, os grupos operativos ganharam destaque devido ao grande potencial de aplicabilidade e à sistematização maior que traziam para o processo de trabalho (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, inclusive, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

O grupo operativo é, antes de tudo, uma abordagem teórica, fundamentada na psicologia social de Pichon Rivière, centrada no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Pichon Rivière conceituou que o grupo operativo é o grupo centralizado na tarefa, com o propósito de obter conhecimentos (grupo de aprendizagem) e/ou cura (grupos terapêuticos) (MOREIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2005).

Para que um grupo seja operativo é necessário: motivação para a tarefa; mobilidade nos papéis a serem desempenhados e disponibilidade para mudanças que se evidenciem necessárias (MOREIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2005).

A visita domiciliar, que já havia sido utilizada em outros momentos no Brasil pelos visitantes sanitários, foi reintroduzida no sistema de saúde brasileiro no panorama do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a visita domiciliar às suas ações. A sua utilização favorece, por exemplo, a possibilidade de conhecer a realidade do território (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (CUNHA; GAMA, 2012).

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios

definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (BORBA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2007 *apud* CUNHA; GAMA, 2012).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição de problemas

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade da ESF V Santana da Serra, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas: inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados, alta incidência de doenças infecciosas transmitidas por o consumo de água não tratada; incidência de captações tardias das gestantes, número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não comparecem a controle.

6.2 Priorização dos problemas

Sendo que, após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento o inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados na ESF V.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF V.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Inadequado controle de pacientes hipertensos com presença de fatores de risco associados.	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de doenças infecciosas transmitidas por o consumo de água não tratada.	Alta	5	Parcial	2
Incidência de captações tardias das gestantes.	Media	4	Parcial	3
Número elevado de pacientes em uso de medicamentos para depressão com tratamentos de longa duração e que não assistem a controle.	Media	4	Parcial	4

6.3 Descrição do problema selecionado

7,59 % da população total têm hipertensão arterial e só 12% dela está controlada, mas não com tratamento adequado.

6.4 Explicação do problema

Em relação a esse problema de saúde e depois de analisá-lo com a equipe de saúde podemos dizer que essa situação está dada principalmente por um trabalho precário na hora de classificar aos pacientes hipertensos, assim como outras doenças crônicas, também pela não realização de visitas domiciliares com exame físico adequado para pesquisa dessa e de outras doenças associadas à hipertensão. Além da pouca cultura, em matéria de saúde comum na nossa população que é moradora da zona rural do município.

O inadequado controle de pacientes hipertensos com fatores de risco associados é um problema de saúde que está relacionado com várias causas, entre as que se destacam estão: uso de vários medicamentos sem chegar à dosagem máxima de nenhum deles, hábitos alimentares não saudáveis, consumo excessivo de álcool e cigarro, ausência de assistência médica de forma regular, não controle do peso corporal, não avaliação periódica dos fatores de risco cardiovascular e, portanto, não tratamento dos mesmos.

6.5 Seleção dos “nós críticos”:

Classificar corretamente aos pacientes hipertensos;

Realizar visita domiciliar aos pacientes hipertensos que não comparecem a consulta médica;

Oferecer palestras a grupos operativos para melhorar a cultura em matéria de saúde;

Revisar e corrigir a dosagem dos medicamentos dos pacientes com HAS;

Promover hábitos alimentares saudáveis;

Mudanças no estilo de vida relacionado com ingestão de álcool e consumo de cigarros;

Promover assistência médica periódica e regular às pessoas necessitadas;

Encaminhamento ao nutricionista em pacientes com obesidade e sobrepeso;

Avaliação anual de fatores de risco cardiovascular.

6.6 Desenho de Operações

Quadro 2- Desenho de Operações

“Nó” crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Classificação da hipertensão.	Classificar corretamente aos pacientes hipertensos	Obter uma adequada classificação dos pacientes	Adequada classificação dos pacientes	Capacitação Tempo
Realização de a visita domiciliar	Realizar visita domiciliar aos hipertensos que não comparecem a consulta	Ter uma avaliação em consulta dos hipertensos	100 % de pacientes hipertensos visitados	Adequado planejamento das atividades Capacitação
Palestras a grupos operativos	Ofertar palestras a grupos operativos	Melhorar a cultura em matéria de saúde.	Cultura de sua doença	Capacitação Tempo Meios audiovisuais
Dosagem dos medicamentos dos pacientes com HAS	Revisar e corrigir a dosagem dos medicamentos dos pacientes com HAS	Controlar com a mínima quantidade de medicamentos Diminuir o gasto econômico	Monoterapia e controle Menor custo econômico	Capacitação Tempo
Hábitos alimentares saudáveis	Promover hábitos alimentares saudáveis	Melhorar o controle Evitar crise da doença	Paciente educado em sua doença	Capacitação Tempo Meios audiovisuais Responsabilização dos pacientes
Mudanças no estilo de vida relacionado com ingestão de álcool e consumo de cigarros	Promover mudanças no estilo de vida relacionado com ingestão de álcool e consumo de cigarros	Diminuir a ingestão de álcool e o consumo de cigarros	Pacientes com estilos de vida saudáveis	Capacitação Tempo Meios audiovisuais Responsabilização dos pacientes
Assistência periódica as consultas médicas	Promover assistência periódica nas consultas médicas	Melhorar acompanhamento e controle do paciente	Qualidade do atendimento	Capacitação Tempo Responsabilização dos pacientes
Encaminhamentos ao nutricionista a obesos e sobrepeso	Encaminhar ao nutricionista aos pacientes com obesidade e sobrepeso	Alcançar o peso ideal nos pacientes com HAS	Hipertenso normopeso	Balança Telêmetro Capacitação Tempo
Avaliação anual de fatores de risco cardiovascular	Avaliar anualmente os fatores de risco cardiovascular nos pacientes hipertensos	Diagnosticar fatores de risco e modificá-los de ser possível	Paciente hipertenso melhor acompanhado	Capacitação Tempo Responsabilização dos pacientes

6.7 Identificação dos recursos críticos

Quadro 3- Identificação dos recursos críticos

Recurso Crítico	Operação
Capacitação do profissional.	Classificar corretamente aos pacientes hipertensos
Capacitação do profissional.	Realizar visita domiciliar aos pacientes hipertensos que não comparecem a consulta médica
Capacitação, recursos audiovisuais.	Oferecer palestras a grupos operativos
Capacitação e tempo.	Revisar e corrigir a dosagem dos medicamentos dos pacientes com HAS
Fazer funcionar os grupos operativos com qualidade.	Promover hábitos alimentares saudáveis
Fazer funcionar os grupos operativos com qualidade.	Promover mudanças no estilo de vida relacionado com ingestão de álcool e consumo de cigarros
Fazer funcionar os grupos operativos com qualidade.	Promover assistência periódica nas consultas médicas
Nutricionista no município.	Calcular o Índice de Massa Corporal e encaminhar ao nutricionista aos pacientes com obesidade e sobrepeso
Exames complementares de rotina (Hemograma completo, Glicose, Colesterol, Triglicérides, Creatinina, Acido úrico e ECG).	Avaliar anualmente os fatores de risco cardiovascular nos pacientes hipertensos

6.8 Análise de viabilidade do plano

Quadro 4- Análise de viabilidade do plano

Operações	Recursos Críticos	Ator que controla	Ações Estratégicas	Motivação
Classificar corretamente aos pacientes hipertensos	Capacitação do profissional	Médico	Melhorar o controle dos pacientes	Estudar a classificação atual dos pacientes e avaliar novamente
Realizar visita domiciliar aos pacientes hipertensos que não acodem a consulta médica	Capacitação do profissional	Médico e enfermeira	Diagnosticar estado de saúde dos pacientes	Cumprimento do planejamento das ações do mês
Oferecer palestras a grupos operativos	Capacitação recursos audiovisuais.	Enfermeira	Brindar conhecimentos a população sobre sua doença	Estabelecer comunicação clara e aberta com os pacientes sobre sua doença
Revisar e corrigir a dosagem dos medicamentos dos pacientes com HAS	Capacitação e tempo.	Médico	Melhorar o controle dos pacientes	Estudar os tratamentos dos pacientes e definir o novo tratamento se necessário
Promover hábitos alimentares saudáveis	Fazer funcionar os grupos operativos com qualidade.	Enfermeira e ACSs	Estimular estilos de vida saudáveis na população	Motivar aos pacientes a fazer mudanças no estilo de vida
Promover mudanças no estilo de vida relacionado com ingestão de álcool e consumo de cigarros	Fazer funcionar os grupos operativos com qualidade.	ACSs	Estimular estilos de vida saudáveis na população	Motivar aos pacientes a fazer mudanças no estilo de vida
Promover assistência periódica as consultas médicas	Fazer funcionar os grupos operativos com qualidade.	ACSs	Melhorar o controle dos pacientes	Demonstrar a importância da assistência a consultas
Calcular o IMC e encaminhar ao nutricionista aos pacientes com peso excessivo e sobrepeso	Nutricionista no município.	Médico	Interdisciplinaridade Controlar alguns fatores de risco	Avaliar o índice de massa corporal dos pacientes e classifica-los
Avaliar anualmente os fatores de risco cardiovascular nos pacientes hipertensos	Exames complementares de rotina (Hemograma completo, Glicose, Colesterol, Triglicérides, Creatinina, ácido úrico e ECG).	Médico	Diagnosticar e controlar os fatores de risco presentes nos pacientes	Solicitar exames complementares aos pacientes com HAS

Atores que controlam os recursos críticos: médico e enfermeiro do ESF, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Secretaria Municipal de Saúde.

Quais recursos controla cada ator:

- ✓ Médico, enfermeiro e ACS: Capacitação do profissional, vontade dos profissionais da equipe de saúde, tempo, funcionamento com qualidade dos grupos operativos.
- ✓ Secretaria Municipal de Saúde: Recursos audiovisuais, existência de nutricionista no município, possibilidade de realização de exames complementares de rotina na avaliação de fatores e risco cardiovascular.

Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano:

Os membros da equipe de saúde estão muito motivados com a realização deste plano, pois sabemos que os resultados serão avaliados em longo prazo, mas muito alentadores, melhorando desta forma a qualidade de vida de nossa população.

A Secretaria Municipal de Saúde deve ter motivações também dadas pelas mudanças que aconteçam no município após a execução deste plano na área de abrangência do posto de Santana da Serra, e pode ser disseminado posteriormente aos outros postos de saúde do município.

6.9 Elaboração do plano operativo

Quadro 5- Plano operativo

Ação	Produto esperado	Resultado esperado	Gestão	Atores sociais	Cronograma
Classificar corretamente aos pacientes hipertensos	Obter uma adequada classificação dos pacientes	Adequada classificação dos pacientes	Estudar a classificação atual dos pacientes e avaliar novamente	Médico	6 meses
Realizar visita domiciliar aos pacientes hipertensos que não comparecem a consulta médica	Ter uma avaliação em consulta dos hipertensos	100 % de pacientes hipertensos avaliados	Cumprimento do planejamento das ações do mês	Médico e enfermeira	6 meses
Oferecer palestras a grupos operativos	Melhorar a cultura em matéria de saúde	Cultura de sua doença	Estabelecer comunicação clara e aberta com os pacientes sobre sua doença	Enfermeira	6 meses
Revisar e corrigir a dosagem dos medicamentos dos pacientes com HAS	Conseguir controle com a mínima quantidade de medicamentos	Monoterapia e controle Menor custo econômico	Estudar os tratamentos dos pacientes e definir o novo tratamento sim necessário	Médico	6 meses
Promover hábitos alimentares saudáveis	Melhorar o controle Evitar crise da doença	Paciente educado em sua doença	Motivar aos pacientes a fazer mudanças no estilo de vida	ACS	1 ano
Promover mudanças no estilo de vida relacionado com ingestão de álcool e consumo de cigarros	Melhorar a cultura em matéria de saúde	Diminuir a ingestão de álcool e o consumo de cigarros	Motivar aos pacientes a fazer mudanças no estilo de vida	ACS	1 ano
Promover assistência periódica as consultas médicas	Melhorar acompanhamento e controle do paciente	Qualidade do atendimento	Demonstrar a importância da assistência a consultas	ACS	1 ano
Calcular o IMC e encaminhar ao nutricionista aos pacientes com peso excessivo e sobrepeso	Alcançar o peso ideal nos pacientes com HAS	Paciente hipertenso sem obesidade nem sobrepeso como fatores de risco	Avaliar o índice de massa corporal dos pacientes e classificá-los	Médico	6 meses
Avaliar anualmente os fatores de risco cardiovascular nos pacientes hipertensos	Diagnosticar fatores de risco e modificá-los de ser possível	Paciente hipertenso melhor acompanhado	Solicitar exames complementares aos pacientes com HAS	Médico	6 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante este trabalho, esta doença está cada vez mais crescente na população adulta. Explorar esse estudo se torna fundamental, na qualidade de vida dos hipertensos.

A revisão da literatura permitiu confirmar a dificuldade dos pacientes hipertensos em seguir o seu tratamento. As causas para esta falta de perseverança são as mais diversas e vão desde a falta de informação, o silêncio da doença, até a longevidade dos tratamentos.

Após estudar a questão da hipertensão na área de abrangência da ESF V no município de Capitão Enéas foi possível concluir que um melhor controle da doença depende, principalmente, de mudanças de hábitos, pois muitos hipertensos apresentam estilo de vida inadequado, o que compromete de forma significativa os resultados do tratamento.

A finalidade do plano de ação foi de criar projetos que instiguem e auxiliem a mudança de hábitos por parte dos hipertensos, principalmente mudanças relacionadas à alimentação e prática de atividades físicas, além de contribuir para um melhor processo de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L.F.; *et al.* Recomendações Sobre Conduas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica a Saúde. **Conselho Federal de Educação Física**, Rio de Janeiro, p. 31, 2010.

BORBA, P.C.; OLIVEIRA, R.S.; SAMPAIO, Y.P.C.C. O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007. apud CUNHA, C.L.F.; GAMA. M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (organizador). **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, 336 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS - 01/02. Brasília, 2002 apud TEIXEIRA, J.B.P.; EIRAS, N.S.V. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/A-Hipertens%C3%A3o-Arterial-e-sua-abordagem-pela-APS.pdf>. Acesso em 28/11/14.

CAMPOS, F.C.; FARIAS, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CUNHA, C.L.F.; GAMA. M.E.A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (organizador). **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, 336 p.

DÓREA, E.L.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Revista da sociedade brasileira de hipertensão**. v.7, n.3, p.86-89, 2004.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. Practice guidelines of the European Society of Hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement. *J Hypertens*. v.23, p.697-701, 2005 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 1, p.1-64, 2010 .

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Revista da sociedade brasileira de hipertensão**. v.7, n.3, p.104-108, 2004.

IBGE-cidades. **Capitão Enéas, Minas Gerais**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317052&search=minas-gerais|capitaoeneas>. Acesso em 03/09/14.

MOREIRA, A.C.; OLIVEIRA, A.A.F.; COSTA, L.V.F. **A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde.** [Monografia – Especialização em Saúde da Família]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina.** v.46, n.3, p.256-272, 2013.

NOGUEIRA, I.C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** v.15, n.3, p.587-601, 2012.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.15, n.1, p.35-45, 2006.

PLAVNIK, F.L. *et al.* Decisão terapêutica e metas. **J. Bras. Nefrol.** v.32, supl.1, p.19-21, 2010.

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

SARAIVA, K.R.O. *et al.* Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm,** v.16, n.2, p.263-270, 2007.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 99, n. 1, p. 576-585, 2012

SOUZA, A.R.A. *et al.* Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol.** v.88, n.4, p.441-446, 2007.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** v.16, n.2, p. 233-238, 2007.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009, 72p.

BRASIL- Ministério de Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica- SIAB.** Base de dados, 2013.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas, na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. 3 ed. (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf