

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

ZENILDA BARBOSA DIAS

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE
ATENDIMENTO AOS PACIENTES HIPERTENSOS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM JAGUARÃO-MG**

TEÓFILO OTONI-MINAS GERAIS

2013

ZENILDA BARBOSA DIAS

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE
ATENDIMENTO AOS PACIENTES HIPERTENSOS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM JAGUARÃO-MG**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

TEÓFILO OTONI-MINAS GERAIS

2013

ZENILDA BARBOSA DIAS

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE
ATENDIMENTO AOS PACIENTES HIPERTENSOS PELA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM JAGUARÃO-MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda
Cadete

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Prof^a. Ms Eulita Maria Barcelos -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte , 15/12/2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela minha existência, coragem e persistência.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim.

Agradeço aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me deu, em alguns momentos, a esperança para seguir.

Ao meu esposo Sérgio, que me apoiou em todos os momentos dessa caminhada.

A minha amiga Lilian, que sempre esteve ao meu lado durante esta longa caminhada, me apoiando e me ajudando e muita vez compartilhou momentos de tristezas, alegrias, angústias e ansiedade.

À minha orientadora, Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete, que acreditou em mim, que ouviu pacientemente as minhas considerações partilhando comigo as suas ideias, conhecimento e experiências e que sempre me motivou. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua amizade, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Aos professores com quem convivi durante esta caminhada e ainda àqueles que torcem por mim.

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

Muito obrigada.

Acreditar na vida

*De nada vale exaurir-se em dor,
Reclamar da sorte, do desamor.
Se toda a vida só fez reclamar
E nada fez para tudo melhorar.*

*Viver nunca foi fácil,
Há sempre altos e baixos,
Encontros e desencontros,
Alegrias e tormentos.*

*Há que se viver o momento,
Valorizar cada instante,
Acreditar e sonhar.*

*Não basta ter fé e esperar.
É preciso fazer, realizar,
Para assim, a vida mudar.*

Sandra Lamego

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Equipe de Saúde da Família

HA - Hipertensão Arterial

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

MEV – Modificação do estilo de vida

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01- População segundo faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família de Jaguarão 2010 – 2011.

Quadro 02- Hospitalizações por habitantes na área de abrangência da equipe de saúde da família em Jaguarão-MG

Quadro 03 - Morbidade referida segundo a micro área de abrangência

Quadro 04- Atendimento aos programas pela equipe de saúde da família

Quadro 05- Priorização dos problemas do PSF Jaguarão

Quadro 06- Descritores do problema Hipertensão Arterial-Equipe de saúde de Jaguarão-MG

Quadro 7 – Problema: subutilização dos equipamentos para Classificação de Risco

Gráfico 01- Consultas médicas pela equipe ESF-Jaguarão, 2010 – 2011.

RESUMO

São muitas doenças que ainda hoje causam mortes entre adultos. A hipertensão arterial é uma delas e no Distrito de Jaguarão/Jacinto- Minas Gerais há a preocupação com a alta incidência de hipertensão arterial identificada no diagnóstico situacional realizado pela equipe. Considerando-se esse contexto, foi proposto um plano de ação para prevenção e controle da hipertensão. Este estudo objetivou, portanto, elaborar um plano de ação para prevenção e controle da hipertensão arterial dos usuários hipertensos do Distrito de Jaguarão-MG. Antes, porém, fez-se pesquisa bibliográfica narrativa, no SciELO e em dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e dos registros da Unidade de Saúde da Família, tanto em obras impressas e periódicos especializados na temática. Os dados apontam que a organização dos serviços em saúde deve ser bem planejada e as práticas profissionais devem estar sempre articuladas para ocorrer promoção da saúde e prevenção de agravos. Espera-se que os resultados definidos no plano de ação sejam alcançados e tenha-se, assim, uma população de hipertensos controlados e com vida mais saudável.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde. Pressão Arterial. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

They are many diseases that today still cause deaths among adults. Hypertension is one of them and the District of Jaguarão / Jacinto-Minas Gerais there is concern about the high incidence of hypertension. Considering this context was proposed an action plan for prevention and control of hypertension. This study aimed, therefore, to draw up an action plan for prevention and control of hypertension of the hypertensive users of the District of Jaguarão-MG. First, however, was made literature search narrative in the SciELO database and Information System for Primary Care and records of the Family Health Unit, both in specialized journals and printed works in the theme. Data indicate that the organization of health services should be well planned and the professional practices should always be articulated for health promotion and prevention of the aggravations. It is hoped that the findings set out in the action plan are achieved and, thus, has a population of controlled hypertensives and with healthier life.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care Blood Pressure. Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVO.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
6 PLANO DE AÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a área da assistência à saúde vem demonstrando uma crescente preocupação com o estímulo à utilização de práticas que promovam a saúde de forma mais eficaz. Contudo, sabe-se que diversas doenças que poderiam ter sido evitadas/prevenidas ainda hoje causam muitas mortes entre adultos.

Nesse sentido, sempre houve e há preocupação com a ocorrência de determinadas doenças dos usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito de Jaguarão/Jacinto- Minas Gerais. Nosso dia a dia de atendimento a esses usuários mostrou- nos haver alta incidência de hipertensão arterial (HA).

Essa percepção foi confirmada durante o curso de Especialização em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais, por ocasião da realização de uma das atividades propostas pelo Módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010).

Essa atividade, denominada de diagnóstico situacional da Unidade de Saúde de Jaguarão, objetivou identificar os principais problemas da população reconhecidos pela Equipe de Saúde da Família Ana Porto, que faz parte dessa Unidade de Saúde. Dentre eles, destacaram-se o acúmulo de lixo nos lotes, a falta de esgoto, a violência, o desemprego, o risco cardiovascular elevado, a falta de opções de lazer, latrocínio, alto índice de hipertensos, diabéticos e verminoses.

Após a identificação dos problemas e análise dos mesmos, o risco cardiovascular aumentado foi selecionado com base nos seguintes critérios: impacto do problema e necessidade de implementar medidas para controle de fatores determinantes da elevação do risco cardiovascular. Sabe-se que a quantidade de indivíduos hipertensos sem controle é relevante na área de abrangência. O número de hipertensos é cerca de 270 indivíduos (dados do último recadastramento de dezembro de 2011). No ano de 2010, foram identificadas pela equipe de saúde de

Jaguarão, três mortes por doenças do aparelho circulatório associadas ao controle inadequado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A equipe tem aproximadamente 2.100 usuários cadastrados. Em conjunto, esses fatores associam-se à dificuldade de controle dos pacientes com doenças crônicas, especialmente o da HAS. Em adição, outros fatores devem ser destacados: o descaso desses pacientes com sua própria saúde, a falta de incentivo da equipe e estratégias de baixa efetividade para controle de pacientes com as comorbidades descritas acima. Essa realidade tem contribuído para mostrar a escassez de iniciativas que visem à promoção à saúde.

Destaca-se que o diagnóstico situacional foi realizado por meio da análise de dados da vigilância epidemiológica, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2010 e 2011), observação ativa, registros do diagnóstico local da unidade básica e informações obtidas por meio da entrevista com informantes-chaves.

Com relação ao diagnóstico situacional da equipe de saúde da família realizado no Distrito de Jaguarão/Jacinto – MG pode-se observar as informações descritas a seguir.

Sobre os aspectos demográficos da população, encontrou-se dados segundo a faixa etária que estão descritos no quadro 01.

Quadro 01- População segundo faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família de Jaguarão 2010 – 2011.

Faixa etária	2010	2011
Menor de 01 ano	12	14
1 a 4 anos	81	92
5 a 9 anos	152	149
10 a 14 anos	149	136
15 a 19 anos	165	159
20 a 49 anos	707	727

50 a 59 anos	190	190
60 anos e +	300	310
Total	1.756	1.777

Fonte: SIAB (2010 e 2011)

Sobre os aspectos ambientais, observa-se que o referido distrito está localizado na zona rural, distante 34 km do centro do Município de Jacinto. Atualmente, oferece 100% de cobertura na sua área de abrangência. Dentro da sua área, existe a presença de um córrego e de fonte de água natural, mas nem toda a população faz uso. Encontram-se, também, áreas de risco ambiental como lixão, áreas sujeitas a deslizamento, inundação e fontes de poluentes. Não possui área de aglomeração urbana. A maioria das ruas e avenidas não é pavimentada e existe uma rodovia com acesso a Santo Antônio do Jacinto.

Quanto às características domiciliares, das famílias cadastradas, existem algumas casas com energia elétrica. Em se tratando da coleta de lixo porém, antes nenhuma casa tinha o destino do lixo coletado, logo todo lixo era queimado, despejado em córregos ou em céu aberto, hoje a população já conta com a coleta de lixo. Quanto ao abastecimento de água, todas as residências possuem abastecimento de poços ou nascentes e não existe tratamento da água que chega às casas, mas já conta com um projeto aprovado pelo Câmara Municipal de Jacinto para tratamento da água. Por isso, as famílias tratam a água por meio de filtração e hipoclorito de sódio e 84 a utilizam sem nenhum tipo de tratamento. Quanto ao destino das fezes e urina: não existe sistema de esgoto com a rede geral, logo os dejetos são eliminados em fossa ou em córregos e céu aberto.

A respeito do perfil institucional, o Distrito conta com o PSF que faz atendimento médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Para Nonato (2012), a unidade, hoje, não conta com todos os equipamentos necessários para o atendimento ambulatorial como instrumentos cirúrgicos básicos para realização de curativos pequenos como fio de náilon, bisturi e pinça cirúrgica, porém as salas de atendimento de enfermagem estão bem equipadas para realização de atividades

programadas do enfermeiro e do técnico de enfermagem, mas já solicitamos a compra dos materiais que está preste a chegar. Ressalta que a equipe tem dificuldades em realizar a referência e a contra referência, embora existam os formulários de referência e contra referência no município.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, foi observado que a população vive basicamente com renda de bolsa-família e da agricultura local.

Referindo-se aos aspectos epidemiológicos e morbidade referida, levando-se em consideração as hospitalizações, observaram-se os dados registrados no quadro 02 e 03 respectivamente.

Quadro 02- Hospitalizações por habitantes na área de abrangência da equipe de saúde da família em Jaguarão-MG

Taxa de hospitalização por 1.000 habitantes na área de abrangência da equipe de saúde da família da equipe de Jaguarão 2011.		
	2010	2011
Número de hospitalizações	30	12
Taxa de hospitalizações	7,08	6,75

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/Jacinto (2010 ; 2011).

No que diz respeito à morbidade, os dados do Quadro 03 apontam que a HA sobressai em relação às demais, conforme mostrado a seguir.

Quadro 03 - Morbidade referida segundo a micro área de abrangência

Morbidade referida segundo a micro área de abrangência da equipe de saúde da família da equipe de Jaguarão 2010

Modalidade referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total

Alcoolismo	00	01	00	03	01	04
Doenças de Chagas	00	00	00	00	00	00
Deficiência	01	01	01	03	03	09
Epilepsia	03	02	01	01	01	00
Diabetes	7	07	09	00	03	26
Hipertensão arterial	81	60	48	28	51	268
Tuberculose	00	00	00	00	00	00
Hanseníase	00	00	00	00	00	00

Fonte: SIAB (2010)

A produção da equipe de Saúde pode ser descrita conforme os atendimentos realizados pela equipe de saúde da família de Jaguarão/Jacinto, tomando como base os dados do SIAB referentes aos anos de 2010 a 2011.

Quadro 04- Atendimento aos programas pela equipe de saúde da família

Atendimento aos programas pela equipe de saúde da família de Jaguarão 2010- 2011.

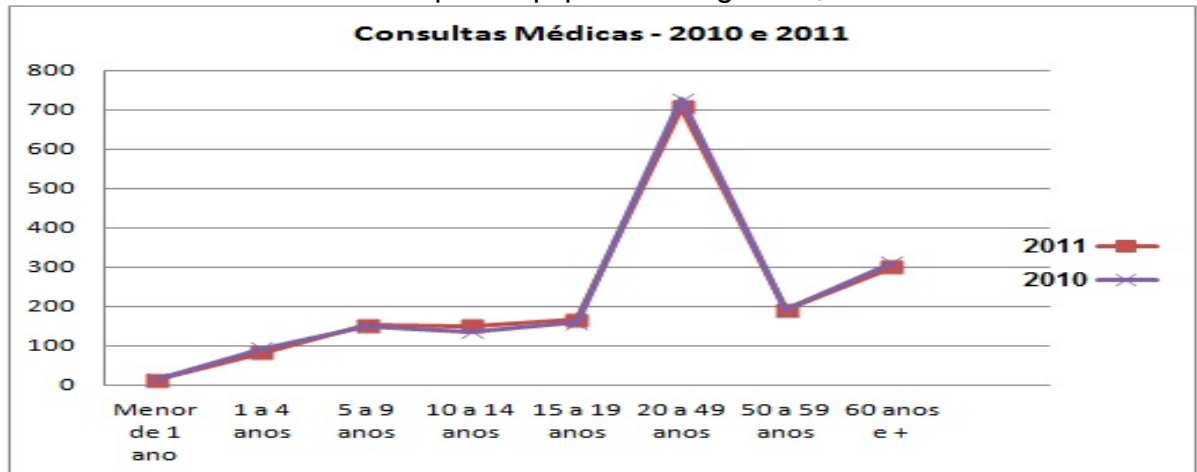
Indicador	2010	2011
% puericultura	9,02	8,62
% pré-natal	3,09	2,99
% prevenção câncer Cérvico-uterino	5,63	5,15
% diabetes	8,47	12,38
% hipertensão	2585,42	45,49
% hanseníase	0,00	0,15
% tuberculose	0,00	0,00
% atendimentos com Programas	2,24	1,77

Fonte: SIAB (2010 e 2011)

Como o PSF conta com o atendimento médico, as Consultas médicas ocorridas no período de 2010 a 2011, mostraram que o maior atendimento é feito para pessoas

que se encontram na faixa etária entre 20 a 49 anos, conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 01- Consultas médicas pela equipe ESF-Jaguarão, 2010 – 2011.



Fonte: SIAB (2010/ 2011)

Segundo Monteiro *et al.* (2005), a HA é a primeira causa indireta de morte na população adulta. Afirmam, também, que desde os anos 50, os índices de óbito causado por doenças cardiovasculares têm sido crescentes e hoje elas são responsáveis por 1/3 de todas as mortes.

O distrito de Jaguarão é formado por cerca de 2100 habitantes e localiza-se a 34 km do Município de Jacinto. É dividido em cinco micro áreas e oito comunidades. Conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) criada em 1977 e um Programa Saúde da Família (PSF) que atende toda população rural. É uma área que se caracteriza por depender da agricultura e da pecuária. Apresenta baixo desenvolvimento econômico e alto índice de desemprego.

Prosseguindo, é um lugar onde também se verificam problemas relacionados com a assistência à saúde e, dentre estes, a equipe de saúde se depara com problemas ligados à prevenção e controle da hipertensão arterial.

De acordo com Lima *et al.* (2009), a hipertensão arterial é uma doença caracterizada quando a pressão arterial aumenta. Dentre suas causas, podemos dizer da

hereditariedade, da obesidade, da falta de exercícios físicos bem como de fatores tais como o alcoolismo, o estresse e o fumo, dentre outros.

Para os autores, uma das consequências da não intervenção nas causas da hipertensão arterial pode acarretar em infarto, acidente vascular encefálico e insuficiências renais. Asseguram, ainda, que dentre outras consequências pode destacar-se: perda da visão, angina no peito, uremia, arteriosclerose. A hipertensão arterial é uma doença de início silencioso, com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de co-morbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população.

Com isso, na hipertensão arterial são muito importantes a prevenção, o controle e o seu tratamento para a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares.

Como bem colocam Lopes *et al.* (2009, p. 199), a HA é considerada uma doença “de grande magnitude em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida. Ressaltam que um percentual significativo da população adulta sofre com esta condição crônica, sendo este o mais importante fator de risco cardiovascular”.

Lopes *et al.* (2009, p.199) ainda destacam que a HA “ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravamento a longo prazo”. E que essas mudanças podem provocar rupturas na vida das pessoas exigindo-lhes modificações em seus hábitos diários e em tudo que circunda seu viver.

De acordo com os registros do SIAB (2011), a Unidade de Saúde da Família de Jaguarão tem um número bem significativo de hipertensos, contando com cadastrados e acompanhados. Apontam, também, que temos usuários com a pressão arterial descontrolada e com a pressão arterial controlada.

Dessa forma, a busca por estratégias que possibilitem mudar esse quadro são imprescindíveis e necessárias.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme mencionado anteriormente, o alto índice de usuários hipertensos na nossa unidade de saúde indica ser indispensável que os membros da equipe de saúde busquem estratégias que deem conta de diminuir o número de hipertensos com pressão arterial não controlada.

Os dados SIAB (2011), além de confirmarem essa situação, mostram que se associam à HA mortes precoces, sequelas e queda da qualidade de vida dos pacientes.

Espera-se contribuir com informações que levem a uma reflexão sobre o trabalho da equipe de saúde e o quão são importantes ações para a promoção da saúde.

Pensa-se que novas estratégias de promoção e prevenção de agravos à saúde na população hipertensa de Jaguarão poderão promover novos caminhos para o controle da HA.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para prevenção e controle da hipertensão arterial dos usuários hipertensos do Distrito de Jaguarão-MG.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de ação se pautou em dois momentos: primeiro, a partir do diagnóstico situacional, definiram-se os problemas, priorização do problema, identificação e seleção dos nós críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo, gestão do plano e planilha para acompanhamento de projetos.

Antes, porém, da elaboração do plano propriamente dito, que se constituiu no segundo momento fez-se a pesquisa bibliográfica narrativa, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e em obras impressas e periódicos especializados na temática. Foram utilizados os descritores: hipertensão arterial, Atenção Primária à Saúde e Programa Saúde da Família.

A consulta foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2013.

Na investigação foram encontrados vários artigos. Após análise preliminar de todos eles, optou-se por aqueles publicados a partir do ano 2000. Apenas um artigo do ano de 1983 foi utilizado por ter importância para o trabalho.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial

Referindo-se à hipertensão arterial, Salgado e Carvalhaes (2003, p.115) dizem que ela é uma entidade clínica multifatorial, e conceituada pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial como uma “síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que são hipertrofia cardíaca e vascular”.

Na linha de pensamento de Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007, p. 234) explicitam que

A Hipertensão Arterial (HA) é, sabidamente, uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Os valores limítrofes para adultos (acima de 18 anos) hipertensos são definidos pela Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 130 e 139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmHg. Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, 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.

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão, por meio das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p.1), conceitualmente, a hipertensão arterial é “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)”. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Entende-se que a hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. Para Miranda *et al.* (2002, p. 293), “a hipertensão arterial

sistêmica é uma das doenças cardiovasculares que está na estatística das doenças cardiovasculares que causam maior número de mortes no Brasil”.

Nesse sentido, Santos *et al.* (2012, p. 344) ressaltam que

A HA, por ser uma entidade crônica, multifatorial, relacionada a processos intrínsecos de senescência, acomete comumente a população idosa e constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde, pois a adesão terapêutica representa grande entrave no controle da doença. O caráter silencioso, sem sintomas claros, permite que a hipertensão passe despercebida por anos em muitos idosos. Além disso, seu caráter crônico pode levar a uma drástica alteração no estilo de vida dos idosos, devido às restrições impostas pelo tratamento, exigindo forte cooperação do paciente.

Encontra-se registrado na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) que a PA deve ser medida em toda avaliação realizada por médicos de qualquer especialidade e dos demais profissionais da saúde. Esta medida deve ser realizada de forma correta e que determinadas condutas requerem atenção com o intuito de se evitar erros tais como o uso da técnica correta e o preparo do paciente.

O documento das Diretrizes (2010, p.3) também enfatiza que a implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. A “prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde”.

Frente ao exposto, torna-se de grande importância criar estratégias que gerem a prevenção. De acordo com Magalhães *et al.* (2002, p. 252), a prevenção da hipertensão arterial deve ser buscada com insistência. Discorrem que:

[...] todo e qualquer tipo de intervenção deve incluir todo o núcleo familiar e não somente os indivíduos afetados pela doença, pois, nas famílias nas quais os hábitos socioculturais estão arraigados, observa-se maior expressão de heranças genéticas. A adoção de medidas de prevenção primária em indivíduos jovens é hoje reconhecida como de grande importância para o cenário das doenças cardiovasculares.

Desse modo, Monteiro *et al.* (2005) afirmam que as ações de promoção de saúde devem ser articuladas em equipe multidisciplinar e se mostram fundamentais para a

conscientização adequada do paciente, visando não somente ao controle, como também à prevenção em grupos de risco, que são aqueles que apresentam determinados precedentes como: dislipidemia, tabagismo, diabetes mellitus; idade acima de 60 anos; homem pós-andropausa ou mulher pós-menopausa e abaixo de 65 anos ou homens abaixo de 65 anos com história de doença cardiovascular.

Ainda Monteiro *et al.* (2005, p.74) inferem que

[...] o tratamento da HA consiste tanto no uso de medidas medicamentosas, através de anti-hipertensivos, quanto no de não-medicamentosas” e mesmo o problema sendo de fácil controle, há grande dificuldade no diagnóstico e tratamento precoce, principalmente devido à falta de adesão do paciente ao tratamento.

Com relação às medidas não medicamentosas, Kieller e Cunha (2004) relatam que estas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Também destacam a importância do envolvimento dos familiares do hipertenso na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida e que a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial envolvem, fundamentalmente, o ensino para introduzir e produzir mudanças de hábitos de vida. Sabe-se, contudo, que a implementação dessas mudanças, porém, é lenta e na maioria das vezes não é mantida com continuidade necessária.

Cabe destacar aqui o papel do enfermeiro na equipe multiprofissional. Dentre as atividades deste profissional relacionadas à HA estão a consulta de enfermagem, aferição da pressão arterial, levantamento dos possíveis fatores de risco e os hábitos de vida. Compete, ainda ao enfermeiro esclarecimentos claros a respeito da doença com foco na compreensão do paciente sobre o uso de medicamentos e seus efeitos adversos e, assim, fazer o acompanhamento do tratamento desses pacientes. Aqueles que estiverem com a pressão arterial sob controle, devem ser encaminhados ao médico pelo menos anualmente. Os que não estiverem com pressão controlada ou na presença de outras intercorrências, bem ser monitorados com controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas (KIELLER e CUNHA, 2004).

O Ministério da Saúde, na atenção primária à saúde, em conformidade com as políticas de promoção e proteção à saúde, não somente recomenda mas também promove ações multiprofissionais com vistas ao combate à hipertensão arterial (DE ARAÚJO e GUIMARÃES, 2007).

Assim, é nesse contexto que se insere o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (DE ARAÚJO e GUIMARÃES, 2007).

.Segundo De Araújo e Guimarães (2007), a organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente comunitário de saúde é o elo entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde - UBS, nos seus moldes de atuação tradicional.

Mas os desafios sempre continuam e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como “ a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país” (MATTA e MOROSINI, 2006, p. 28).

Para Pereira *et al.* (2011,p.45), o controle da HAS é geralmente insatisfatório a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e do maior acesso aos medicamentos.

Quanto aos principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS, Pereira *et al.* (2011) dizem ser: início assintomático na maior parte dos casos, diagnóstico e tratamento ineficientes. Outro fator de suma relevância é a baixa adesão por parte dos pacientes. Discorrem que um tratamento bem sucedido requer

mudanças no estilo de vida e se tenha e siga o tratamento corretamente. Sem essas disposições e atendimento ,o tratamento medicamentoso torna-se pouco eficaz. Observam que mesmo com programas de controle já implantados diversos hábitos e estilos de vida insalubres continuam a crescer na sociedade, com aumento ininterrupto da incidência e prevalência da HAS.

5.2 Atenção básica à saúde

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.11) , a atenção básica à saúde “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Explica que a saúde da família é uma estratégia priorizada para organizar a Atenção Básica e tem como principal desafio “promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (BRASIL, 2007, p.12).

Nesse aspecto, Matta e Morosini (2006, p. 23) citam que internacionalmente a Atenção Primária à Saúde (APS) é conhecida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para “responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”.

Para Gil (2006, p.1171), a Atenção Primária à Saúde (APS) e “sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde”. A autora destaca que nos últimos anos, cresceu no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF e “que há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica”.

Na visão de Braga (2006, p. 4), “o PSF surgiu como uma estratégia de atenção em saúde com a proposta de possibilitar a implementação plena das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).” E que o Ministério da Saúde afirma que tal estratégia visava colaborar para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde. Dessa forma, busca a integralidade das ações com vistas à promoção da qualidade de vida e tendo, na sua organização, os princípios da hierarquização, a regionalização e a descentralização dos serviços e da gestão, e ainda, regido sob a lógica de vigilância à saúde.

Santana e Carmagnani (2001, p. 34) inferem que, quando publicado em 1994, o documento do Ministério da Saúde afirmou que a implantação do PSF tem como objetivo geral:

[...] melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

Salientam, também que se trata da reorganização da” prática da atenção à saúde em novas bases e substituição “ao modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando sua qualidade de vida” (SANTANA e CARMAGNANI, 2001, p. 34)

Desse modo, entende-se que o PSF deve contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Deve, portanto, promover “a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde” (SANTANA e CARMAGNANI, 2001, p. 35)

Para Lima e Gazetta (2007), o PSF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua

Afirmam que

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Isto possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (LIMA e GAZETTA, 2007, p. 89)

As unidades PSF contam com Equipes de Saúde da Família (ESF) em conformidade com as normas do MS e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela (ELIAS *et al.*, 2006,).

Conforme expõem Escorel *et al.* (2007, p.164), a implantação do SUS, no Brasil, a partir da década de 1990, representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Houve um fortalecimento da atenção básica de saúde, que é entendida pelo Ministério da Saúde “como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira (...). Surgido em 1994 e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade (ESCOREL *et al.*, 2007, p. 164).

Braga (2006, p.), também discorre que o Ministério da Saúde, ao expor sobre a implantação da unidade de saúde da família diz que se trata de uma estratégia que prioriza as ações de promoção e prevenção, realiza as ações de recuperação e de proteção à saúde, reafirma a inclusão na prática em saúde de todos os profissionais, por meio de ações coletivas e individuais com a intencionalidade de se alcançar melhoria e qualidade de vida de seus usuários.

Ainda conforme Escorel *et al.* (2007, p.166), um atributo fundamental da atenção primária é a sua definição como “serviço de primeiro contato ou porta de entrada do

sistema de saúde, com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis”. Enfatizam que o cumprimento dessa função pelo serviço de atenção primária implica em possibilitar de forma fácil o acesso ao serviço de saúde por parte dos usuários e realização de encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada.

Lima e Gazetta (2007) colocam que cada equipe de Saúde da Família deve estar capacitada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral na UBSF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

6 PLANO DE AÇÃO

Dentre os principais problemas identificados, pode-se destacar o risco cardiovascular aumentado e a hipertensão. De acordo com os funcionários da Unidade de Saúde de Jaguarão/Jacinto - MG, a pressão alta é um fator que merece atenção naquele local. Acredita-se que mesmo a equipe de saúde fazendo um bom atendimento à comunidade, novas estratégias seriam importantes para prevenir e diminuir os índices existentes.

Como o que se propõe é a implantação e implementação de atendimento aos pacientes hipertensos, pela equipe de saúde da família do referido Distrito, o plano foi elaborado tomando-se alguns direcionamentos, como a priorização dos principais problemas.

Quadro 05- Priorização dos problemas do PSF Jaguarão

Equipe Saúde da Família de Jaguarão				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alcoolismo	Média	5	Fora	5
Drogas	Alta	5	Fora	4
Doenças Psiquiátricas	Média	5	Parcial	4
Desemprego	Alta	3	Fora	4
Gravidez na adolescência	Alta	3	Parcial	2
Hipertensão /diabetes	Alta	7	Parcial	5
Insuficiência renal crônica	Alta	7	Parcial	5
Acidente vascular cerebral	Alta	3	Parcial	2
Falta de opções de lazer	Baixa	5	Fora	5
Risco de proliferação de Aedes Aegypti	Alta	5	Fora	5

Valor conforme prioridade numa escala que vai de 0 a 10.

Foram levantados os descritores do problema seguindo-se os registros da equipe de saúde de Jaguarão/Jacinto - MG e informações obtidas por meio do SIAB.

Quadro 06- Descritores do problema Hipertensão Arterial-Equipe de saúde de Jaguarão-Mg

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Hipertensos	345	Registros da Equipe
Hipertensos cadastrados	248	SIAB
Hipertensos descontrolados	100	Registros da Equipe
Hipertensos controlados	148	Registros da Equipe
Hipertensos acompanhados	248	SIAB

Na proposta elaborada, fez-se uma análise da viabilidade do plano. No plano, as estratégias no controle da quantidade elevada de hipertensos devem levar em consideração que se trata de um problema grave de saúde pública e é necessário que toda a equipe de saúde trace metas para que esse problema seja resolvido. Acredito que a partir deste plano de ação, toda equipe, juntamente com o gestor, possa intervir e trazer bons resultados. O objetivo é enfrentar esse problema juntamente com a equipe de saúde em busca da resolução desse problema.

Para a gestão do plano todos os produtos sugeridos ainda não foram postos em prática. De modo geral, o plano foi assim estruturado:

Quadro 7 – Problema: subutilização dos equipamentos para Classificação de Risco

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados das pessoas hipertensas (consumo excessivo de sal).	Saúde e bem estar: orientações em relação à alimentação, atividade física nos grupos operativos.	Hipertensos bem informados Controle da pressão arterial dos hipertensos	Programa de caminhada orientada e ginástica. Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; Consultas para orientação alimentar; Atendimento integral para adoção de um estilo de vida saudável	Econômico: Financiamento do projeto por parte da prefeitura municipal. Organizacional: Mobilização social e intersetorial com apoio da gestão. Cognitivo: Incentivar à prática de atividades físicas. Político: Apoio logístico e parceria.
Falta de acesso à unidade de saúde.	Saúde é mais: Realização de grupos operativos; Realização de busca ativa dos usuários	Auxiliar o indivíduo com hipertensão para mudanças em seus hábitos de vida.	Distribuição de panfletos com orientações sobre as patologias causadas pela hipertensão.	Econômico: Financiamento do projeto por parte da prefeitura municipal. Político: Articulação intersetorial com a rede de ensino.
Falta de incentivo a saúde á saúde	Bem estar é ter saúde: Priorização do atendimento	Aumento do nível de conhecimento e de conscientização da	Campanha educativa na rádio. Estipular um dia da semana como	Político: conseguir espaço na rádio local. Econômico: para aquisição de

	aos pacientes com hipertensão arterial.	população sobre a importância da promoção à saúde.	o dia da saúde dos hipertensos.	recursos audiovisuais.
Falta de vínculo aos portadores de hipertensão arterial nos postos de saúde.	Viver com Saúde Melhorar o atendimento e a estrutura dos serviços para o atendimento dos hipertensos.	Aproximação da população nos serviços de saúde e mudança de hábitos alimentares adequados, de manutenção do peso saudável e da vida ativa, favorecendo a redução da pressão arterial.	Capacitação de pessoal; Estrutura adequada para prestar uma assistência de qualidade aos hipertensos;. Visitas domiciliares semanais. Grupos operativos na unidade de saúde.	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Econômico: Disponibilizar veículo para transporte fora do domicílio para aumento de oferta para exames complementares. Organizacional: Aderir aos serviços de referência e contra-referência.
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.	Cuidando da Saúde; Implantar o acolhimento para os hipertensos.	Abertura de uma agenda para atendimento do hipertenso	Acompanhamento dos hipertensos, implantação de Protocolos Gestão da linha de cuidado implantada. Monitoramento das intercorrências e tratamentos diagnosticados	Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra-referência).

Saúde e bem estar– iniciar em até três meses e contar com órgãos públicos e sociedade civil para implantação. Após implantação, avaliação semestral, com responsáveis determinados;

Saúde é mais – iniciar em até quatro meses. Avaliar a cada quatro meses, com responsáveis determinados;

Bem estar é ter saúde– tentar implantar em até três meses e fazer avaliação semestrais, com responsáveis determinados;

Viver com saúde – tentar implantar em até 4 meses e avaliar mensalmente, com responsáveis determinados;

Cuidando da saúde – tentar implantar em até 4 meses e avaliar mensalmente.

A realização do Plano de Ação da quantidade elevada de hipertensos da ESF de Jaguarão foi muito importante para a equipe de saúde elaborar metas e para que estas ações elaboradas alcancem os objetivos dentro dos prazos estabelecidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou o conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da população residente no Distrito de Jaguarão-MG.

Conforme os dados identificados, pode-se perceber que a organização dos serviços de saúde devem ser bem planejada e as práticas profissionais devem estar sempre articuladas.

Observou-se que de fato se faz necessário que a equipe de saúde elabore metas e que as ações planejadas alcancem os objetivos dentro de prazos estabelecidos no plano, uma vez que o índice de hipertensos é alto no Distrito de Jaguarão-Mg.

Notou-se, também, que se faz imprescindível o envolvimento de uma equipe multidisciplinar para as estratégias operativas e ações educativas, pois se entendeu que para promoção e proteção à saúde e, principalmente, no combate à hipertensão arterial, o conhecimento e a ação de uma equipe com diversos profissionais são muito importantes.

Compreendeu-se que dentro do contexto do Programa de Saúde da Família-PSF, a atenção deve estar centrada na família e estruturada na unidade de saúde, onde a população adscrita esteja sob a responsabilidade da equipe de saúde.

Portanto, ficou notório que a organização da assistência, com competências bem definidas e integradas, é a via para prevenção e promoção da saúde.

Como a pesquisa realizada consistiu em verificar a ocorrência elevada de hipertensos da ESF de Jaguarão e propor um plano de ação para prevenção e controle, fica em aberto para que novas pesquisas sejam feitas abordando outros aspectos da hipertensão e que venham enriquecer o conhecimento de acadêmicos e da população em geral.

REFERENCIAS

BRAGA, Eduardo Resende. **Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia: saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Universidade de Uberaba. (Especialização) - Programa Saúde da Família. Uberaba, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acao_multiprofissional_hiperdia_eduardo_braga.pdf. Acessado em 04 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

DE ARAÚJO, Jairo Carneiro; GUIMARÃES, Armênio Costa. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Públ**, v. 41, n. 3, p. 368-74, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>>. Acesso em 04 de novembro de 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.3, p.633-641, 2006.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família ea construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

KIELLER, Michele; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Assistência de enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2004. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-04.pdf>>. Acesso em 18 de setembro de 2013.

LIMA, Livia PM; GAZETTA, Claudia E. Análise do programa de controle da hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde da família de São José do Rio Preto. **Arq Ciênc Saúde**, v. 14, n. 2, p. 88-94, 2007.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial; Use of clinical guidelines and the results in primary healthcare for hypertension. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, 2009

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2009.

MAGALHÃES, M.E.C. et al. Hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev Bras Hipertens**. v. 9, p. 245-255, 2002.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde/Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MIRANDA, R. D.; PERROTTI, T. C.; BELLINAZZI, V. R.; NOBREGA, T. M.; CENDEROGLO, M. S.; TONIOLO, Neto J.; Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev. Bras. Hipertens**. v. 9, n.3, p. 293-299, 2002

MONTEIRO, Paula C. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 2, p. 73-79, 2005.

NONATO, Zenilda Barbosa Dias. Síntese do diagnóstico situacional da equipe de saúde da família distrito de Jaguarão - município de Jacinto-MG. Universidade Federal de Minas Gerais – Campus Teófilo Otoni. 2012.

PEREIRA, Adriana Ferreira *et al.* **Protocolo de hipertensão arterial/Risco cardiovascular**. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG. 2011. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo_hipertensa_o_web.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2013.

SALGADO, Cláudia Maria e CARVALHAES, João Tomás de Abreu. Hipertensão arterial na infância. **Jornal de Pediatria** - v.79, Supl.1, 2003.

SANTANA, M.I.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. v.10, n.1, p. 33-53, 2001.

SANTOS, J. C.; FLORÊNCIO, R. S.; OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev Rene**. v. 13, n.2, p. 343-53, 2012.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, (supl.1), p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/_c_onsenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2013.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 2, p. 233-8, 2007