

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

ILEANA ALAYO JUSTIZ

**IMPLANTAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A HIPERTENSÃO
ARTERIAL PARA USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE SANTA
TEREZINHA EM LAJINHA - MG**

PÓLO IPATINGA – MINAS GERAIS.

2016

ILEANA ALAYO JUSTIZ

**IMPLANTAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A HIPERTENSÃO
ARTERIAL PARA USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE SANTA
TEREZINHA EM LAJINHA - MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof. Gabriela de Cássia Ribeiro

PÓLO IPATINGA – MINAS GERAIS. 2016

ILEANA ALAYO JUSTIZ

**IMPLANTAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A HIPERTENSÃO
ARTERIAL PARA USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE SANTA
TEREZINHA EM LAJINHA - MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Gabriela de Cássia Ribeiro - UFVJM

Examinador 2 – Prof. Liliane da Consolação Campos Ribeiro - UFVJM

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a nossa Senhora da Caridade do Cobre Patrona de Cuba por me permitir ter chegado até a conclusão deste curso.

Agradeço a minha querida família, meu esposo e meus filhos, minha mãe e meu pai que onde quer que este guia meus passos, os quais foram fundamentais para minha superação.

A minha equipe de PSF pelo apoio.

Gostaria agradecer também a professora Gabriela de Cássia Ribeiro que me orientaram na construção desse projeto.

Muito agradecida com tudo.

RESUMO

Este trabalho de intervenção propõe-se a realizar ações educativas com o objetivo de realizar mudanças no estilo de vida de pessoas com hipertensão arterial, com vistas a diminuir os fatores de risco e complicações causados pela doença no paciente. Para isso, serão utilizados mecanismos de busca ativa dos pacientes com essa patologia na área da Unidade de Saúde. Espera-se que o estudo possa levar os pacientes a procurar com maior frequência o posto de saúde e melhorar, com isso, o acompanhamento dos pacientes, ajudá-los a compreender melhor seus problemas, sensibilizá-los sobre a necessidade das consultas médicas, atividades físicas, bem como a realizar o tratamento, de modo a possibilitar, assim, que os pacientes tenham maior qualidade de vida. Para tanto, haverá a necessidade do apoio de todos os profissionais da saúde que trabalham no posto de saúde para visitas domiciliares, observação e orientação dos pacientes quanto aos seus hábitos diários, bem como realização de palestras, rodas de conversas e campanhas com o propósito de oferecer maiores esclarecimentos quanto à doença, suas complicações e tratamento.

DESCRITORES: Hipertensão Arterial; Saúde da Família; Educação em Saúde.

ABSTRACT

This intervention study aims to carry out educational activities in order to make changes in lifestyle of people with high blood pressure, in order to reduce risk factors and complications caused by the disease in the patient. For this active search engines will be used in patients with this pathology in Health Unit. It is hoped that the study may lead patients to seek more frequently the health post and improve, therefore, monitoring of patients help them to better understand their problems, sensitize them on the need for medical appointments, physical activities, and to perform the treatment, in order to enable, so that patients have higher quality of life. Therefore, there will be the need to support all health professionals working in the health clinic for home visits, and guidance of patients about their daily habits as well as lectures, wheels conversations and campaigns for the purpose of provide further information on the disease, its complications and treatment.

KEYWORDS: Hypertension; Family Health; Health Education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
,2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
6	CRONOGRAMA	22
7	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	13
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Lajinha é um município localizado na região Sudoeste da de Minas Gerais e fica a cerca de 380 km da capital do estado. São cidades limítrofes do município Lajinha: ao norte Chalé e Conceção de Ipanema; ao sul Ibatiba e Luna ; ao leste Manhuaçu e ao oeste a Cidade de Mutum.

O atual município teve como núcleo inicial a antiga fazenda São Domingos, de propriedade de Francisco Tomás de Aquino Leite Ribeiro – o Comendador Leite. Em 1882, o fazendeiro deu início ao patrimônio que, legado aos descendentes, veio mais tarde a formar a cidade de Lajinha. Após a morte do comendador e em decorrência da abolição da escravidão, a fazenda esteve em estado de abandono. Nos primeiros anos deste século, restava apenas uma cultura de café sem tratos. Segundo a tradição, foi Francisco Mateus Laranja quem dirigiu os trabalhos de derrubada da mata aonde viria a crescer o povoado. (LAJINHA2016).

Em 1910, o desbravador, junto com José Lucas de Barros, recebeu de Antônio Pedro Garcia, genro do Comendador Leite, um alqueire de terra onde foi erguida uma capela em honra a Nossa Senhora de Nazaré. Em 1916, a sede do distrito de Santana do José Pedro – atual Santana do Manhuaçu – foi transferida para a povoação da Lajinha do Chalé. A redução do nome para Lajinha deu-se em 1929. Passou a município em 1938, desmembrando-se de Ipanema (LAJINHA, 2016).

A cidade Lajinha está inserida na região administrativa do Manhuaçu. Seu córrego mais importante é Carvalhinho, pois fornece água para COPASA, que abastece o município com água tratada. As rodovias de acesso à cidade são a BR-262 e a MG-108 Sua topografia apresenta uma região montanhosa.

A população do município é de 19.616 habitantes segundo a estimativa do IBGE, para o ano de 2010, e ocupam uma área de 432 km², com uma densidade populacional de 45.41 hab./km² e taxa de crescimento anual de 0.04% no período 2010 (IBGE, 2010).

As principais atividades socioeconômicas de Lajinha são: agricultura com o cultivo de café e o comércio. A cidade conta com uma empresa de Indústria e Comércio Elite Ltda. que produz biscoitos de polvilho entre outros produtos de panificação, com modernas instalações investem em máquinas de primeira geração, como bateadeiras com capacidade de processar 130 litros de massa por minuto e potentes fornos a gás e elétricos. A grade de funcionários conta-se 40 funcionários, viabilizando emprego ao município.

Outra empresa de suma importância é a Cook-café (Cooperativa dos Cafeicultores da Região de Lajinha), a estrutura conta-se com 300 funcionários e tem em seu quadro social aproximadamente 6.500 cooperados. A Cook-café atua diretamente em mais de 20 municípios produzindo cerca de 1 milhão de sacas de café por ano, que se torna fonte de emprego e traz benefícios para o município. As fontes de recursos financeiros para a saúde são Federais e Estaduais, com a participação de 20 % de recurso próprio Municipal. Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada todos os impostos, DPVAT, IPTU, Alvarás, SMS, entre outros. Diretamente em mais de 20 municípios produzindo cerca de um milhão de sacas de café por ano, que se torna fonte de emprego e traz benefícios para o município. As fontes de recursos financeiros para a saúde são Federais e Estaduais, com a participação de 20 % de recurso próprio Municipal. Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada todos os impostos, DPVAT, IPTU, Alvarás, SMS, entre outros. (Lajinha2016).

Ainda de acordo com o Censo Demográfico de Lajinha, 37.89% das pessoas residentes no município se encontram acima da linha de pobreza, 23.72 % entre a linha de indigência e pobreza e 27.32 % abaixo da linha de indigência (LAJINHA, 2016).

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Santa Terezinha é favorável, conta-se com a coleta de lixo e instalação

sanitária na área das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é Urbana.

Com relação à educação o município de Lajinha conta com 28 escolas municipais e cinco escolas estaduais. De acordo com o censo de 2010 a taxa de analfabetismo entre os maiores de 15 anos chega a 16,99%, onde Lajinha se encontra no 119 no ranking municipal pela população alfabetizada. Temos 1,7% de crianças em idade escolar (6-14 anos) fora da escola, 21,6% de adolescentes entre 15-17 anos também fora da escola (IBGE/PNAD, 2016).

O INEP não nos informa a posição do município em relação ao IDEB, porém entre as escolas que ofertam Ensino Fundamental tem: EE Herminia Ribeiro de Souza em 3941 lugares; EM Paulo Cesar Hastenreiter PORTES EM 10311 LUGAR e Dr. Adalmario Jose dos Santos em 11591 lugar. O INDEB Nacional em 2013 foi de 5,2 para os anos iniciais e em 2011 de 4,1 para os anos finais do Ensino Fundamental, da Rede Pública e de 6,4 para os anos iniciais do Ensino Fundamental em 2009 e 5,8 para os anos finais do Ensino Fundamental em 2007 para a Rede Privada, crianças em idade escolar (6-14 anos) fora da escola, 21,6% de adolescentes entre 15-17 anos também fora da escola, (IBGE, 2016).

Segundo o Portal da Saúde os valores repassados fundo a fundo para o município de Lajinha, por setor, no período de Janeiro 2014 a Dezembro de 2014 foram: R\$ 2.137.373,63 para a Atenção Básica, R\$ 118.603,74... da Vigilância à saúde, R\$ 337.704,73 para a Assistência, R\$ 18000., para Investimentos, totalizando R\$ 2.137.373,63, sendo que os itens Média e alta complexidade, farmacêutica e Gestão do SUS 337.704,73 (Saúde Bucal RS220.770,00, Agentes ComunitariosRS496.008,00, Incentivo adicional ao Programa de agentes Comunitários de saúde RS45.630,00, Programa de Melhoria do acesso e da Qualidades PMAQ RS233.494,59, Saúde da Família RS592.055,00, PAB Fixo RS549.416.04).

O município aplicou no ano de 2014 RS 5.977.414,5 em saúde, correspondendo a 26,53 % do orçamento municipal. Para o ano de 2015

espera-se uma redução dos gastos com um investimento de 4.956.350,00 com recursos próprios (BRASIL 2014a).

Destaca-se ainda, que o município de Lajinha possui um Conselho Municipal de Saúde atuante, constituído por um presidente 8 usuários ,2 da gestão e 2 trabalhadores da saúde . As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente.

A Equipe de saúde é constituída por 16 profissionais médicos (sendo 2 médica do Programa Mais Médicos do Brasil), 18 enfermeiras, 12 dentistas, 12 auxiliar de saúde bucal, 11 auxiliares de enfermagem, 45 agentes comunitários de saúde, 13 técnicas de enfermagem e 1 recepcionista

Destaca-se que no Município um hospital e 29 clínicas privadas, conta com 6 laboratórios, onde são realizados os exames por meio de convênios com a prefeitura.

Com relação aos aspectos epidemiológicos, o município tem cadastrado no final de 2014 2681 portadores de hipertensão arterial, 566 portadores de diabetes, 3 portadores de tuberculose e registrou no ano todo, 5 casos de dengue, de acordo com os dados do SIAB .

A taxa de mortalidade infantil foi de. 12./1000 nascidos vivos. Destaca-se que a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87% e a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87%(BRASIL, 2014b).

A USF está situada no sul da cidade de Lajinha/MG. O prédio inaugurado no ano 2008 tem área adequada de 264 M² e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade suficientes de cadeiras para a demanda espontânea e programada, 2 sala para consulta médica, 2 para consulta de enfermagem ,1 farmácia, 1 sala dos agentes de saúde, e 1 sala de esterilização. Além da estrutura física, também se encontra bem equipada e com suficientes recursos para o funcionamento da equipe.

Embora com tempo de atuação nas Unidades de Saúde do município, notam-se alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou pouca pesquisa de pacientes com doenças cardiovasculares, visita domiciliar deficiente, falta de realização de uma adequada educação sanitária na população tanto do paciente sadio como doente. Abordagem deficiente de La situação sanitária do município por parte de agentes comunitários e promotores de saúde.

Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência, capacidade de enfrentamento. Desse modo, O problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi incrementar a educação na população sobre a Hipertensão Arterial para modificar hábitos e estilos de vida devido à alta incidência da doença na população atendida.

As principais causas observadas foram baixa percepção do risco na população, má hábitos e estilos de vida em pessoas com a doença faltam de uma atenção com integralidade dos pacientes hipertensos, minimizar os riscos para prevenir complicações assim como as complicações cardiovasculares, o baixo nível socioeconômico, o aumento do consumo de sal, o excesso da massa corporal e o consumo elevado de álcool.

A HAS é uma doença crônica que também atua como um fator de risco para outras doenças, sendo o principal risco para complicações como o infarto do agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doenças cerebrovascular, doenças vascular de extremidades. Diretrizes brasileiras de hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com Fuchs (2004 *apud* PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006) a HAS é responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Isto se deve

principalmente devido a inadequada adesão terapêutica, que segundo Lewinet *al.* (2001 *apud* DIDIER; GUIMARÃES, 2007, p. 219)

O baixo controle está relacionado à inadequada adesão terapêutica, dependente de múltiplos fatores: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e habilidades e integração da equipe de saúde. Equipes interdisciplinares bem estruturadas levam ao aumento da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a melhores índices de controle.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial é muito comum na população em geral e é uma das razões mais freqüentes das consultas médicas. Com o desenvolvimento deste projeto de intervenção pretende-se fornecer educação em saúde para os pacientes, bem como informá-los sobre os riscos, complicações e tratamentos da hipertensão arterial, de modo a contribuir para a prevenção de complicações em sua saúde, família e, conseqüentemente, o tratamento médico.

Em conseqüência, sendo esta uma doença de saúde pública mundial, é vital a implementação de um programa de educação para a promoção da saúde para pacientes hipertensos com a finalidade de promover a participação ativa na prevenção de complicações e promover um estilo de vida saudável na comunidade.

3 OBJETIVOS

Geral

Desenvolver um programa educativo sobre Hipertensão Arterial com o propósito de prevenir complicações e gerar mudanças na conduta dos pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha de Lajinha.

Específicos

- Fazer o levantamento do perfil dos usuários da unidade de saúde.
- Desenvolver, junto com a equipe, estratégias para aumentar em numero e grupo de hipertensos.
- Desenvolver estratégias para aumentar a adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão.

4 METODOLOGIA

1-CENÁRIO DO ESTUDO

O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Santa Terezinha no Município Lajinha. A Unidade em questão foi instituída para atender a comunidade daquela localidade e povoados adjacentes. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010), Lajinha tem uma população de 19619 habitantes.

2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO:

Participarão da intervenção pacientes hipertensos, com 18 anos ou mais cadastrados na UBSF da Santa Terezinha e que concordarem em fazer parte do estudo livremente.

3. PROCEDIMENTOS

O trabalho de intervenção será estruturado em várias etapas elaboradas para serem seguidas em ordem de ação. A primeira etapa será o levantamento dos dados da unidade de saúde, quantificando o número de hipertensos já cadastrados na unidade de saúde.

Em seguida, será feito a atualização desses dados, por meio de uma busca ativa de novos pacientes na comunidade. Num segundo momento, será feita marcação de novas consultas na unidade de saúde para cada paciente diagnosticado, com coleta de dados como avaliação antropométrica, medicamentos em uso e últimos exames realizados.

Na seqüência do plano de ação, serão realizados novos exames físicos para avaliar as condições atuais de cada paciente, avaliação do nível de tensão arterial, classificação em seu devido estágio, identificação de possíveis complicações, que possam já estar presentes no momento da consulta.

Depois de colhidos os dados, será feita uma tabela na qual constarão o nome dos pacientes, assim como todos os elementos obtidos. Dessa forma, poder-se-á ter um balanço de como está a saúde de cada paciente e, assim, estratificar o risco de cada um, assim como as medidas que deverão ser tomadas individualmente.

Após esta avaliação individual, serão realizadas as ações de educação em saúde coletivas. Os profissionais envolvidos nesse programa atuarão de duas formas: por meio das visitas domiciliares, interação direta no dia a dia do paciente, observação e orientação sobre os seus hábitos diários; e também na unidade de saúde, na realização do aconselhamento por meio de rodas de conversa, palestras e campanhas educativas, de modo a proporcionar atividades que levem conhecimento aos pacientes, mas que ao mesmo tempo façam-nos se sentirem bem ao freqüentar a unidade.

Por meio dessas medidas, visa-se fortalecer o vínculo entre os profissionais da saúde e os pacientes, aumentarem seu conhecimento e interesse sobre sua própria saúde, fazê-los compreender que o principal responsável pela prevenção e controle dela é ele mesmo e que os profissionais da saúde da unidade estarão sempre à disposição para auxiliá-los em tudo que for preciso.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas conseqüências);

b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);

c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);

d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importante a serem enfrentadas);

f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);

g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do sítio eletrônico do Programa Hiperdia,

sítio eletrônico do DATASUS, dentre outros. Para revisão de literatura foram realizadas busca sistematizada utilizando sites como: Scientific Electronic Library Online Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde, dentre outros.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 ano. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vascular e renal. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e Independiente. O objetivo do tratamento da hipertensão é evitar a morte e as complicações ao alcançar e manter a pressão arterial em 14/90 mmHg ou até menos (SMELTZER; G.BARE, 2002). As Diretrizes Brasileiras de HAS dão uma grande importância ao tratamento

não-medicamentoso: controle de peso, redução do consumo de sal, uso de ácidos graxos insaturados, consumo de fibras, consumo de álcool, controle do estresse psicossocial, cessação do tabagismo e atividade física, entre outros (AMODEO; COSTA, 2010).

As regras para a classificação clínica da hipertensão publicada recentemente e quase em conjunto pelo *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC NIH americano VII) e da Sociedade Europeia de Hipertensão e Cardiologia (SEH-C) concordam em considerar como pressão arterial alta, em média, duas ou três medições consecutivas iguais ou maiores do que 140/90 mmHg em posição sentada. Pressão normal é definida pelo JNC VII como abaixo de 120/80 mmHg.

A SEH-C se estende como era clássico em regulamentos anteriores, o valor de 134/84 mmHg para a pressão arterial denominando normotensos, ideal para reduzir os valores de 120/80 mmHg e valores elevados de pressão arterial normais entre 135-139 / 85 -89 mmHg. Regulamentos europeus associados à classificação quantitativa a presença ou ausência de outros fatores de risco cardiovascular e / ou doença cardíaca, definindo ou baixo risco, intermediário, elevado, muito elevado quando existem essas associações, destacando em particular a presença de diabetes e comorbidade cardiovascular.

Estes regulamentos também diferenciam hipertensão sistólica isolada, particularmente prevalência na população com 65 anos e destacar o valor da pressão de pulso como fator de risco cardiovascular independente. A investigação de complicações orgânicas e a possibilidade de hipertensão arterial secundária tem se centrado em mais pormenor nas normas europeias. (BAGLIVO, 2003).

Segundo Bastos e Borestein (2004 *apud* LOPES *et al.*, 2008) a hipertensão arterial acarreta mudanças significativas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica, pois existe a probabilidade de se agravar em longo prazo. São necessárias rupturas no estilo de vida que exigem alterações nos hábitos diários, nos papéis que se realiza, ou seja, exige uma reestruturação na vida de seus portadores.

A noção de "promoção da saúde", desde que foi concebida por Henry Sigerist como uma das tarefas da medicina, vem apresentando certa evolução conceitual. Apresentada na Conferência de Otawa (1986) como um "enfoque" político e técnico para a compreensão e intervenção sobre o processo saúde – doença - cuidado, a promoção da saúde foi se enriquecendo, nas sucessivas conferências realizadas nas duas últimas décadas, cujas propostas enfatizaram a idéia de cidades saudáveis, a possibilidade de formulação de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida (TEIXEIRA, 2006).

Desse modo, a concepção atual de promoção de saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria), trata-se por tanto de ações de educação, comunicação e mobilização social voltadas ao "empoderamento" de indivíduos e grupos de modo que possam vir a desenvolver práticas que resultem na promoção, proteção e defesa de suas condições de vida e saúde. (BUSS, 2000).

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmhg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das freqüências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs.59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% VS 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Família (PSF). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O Ministério da Saúde estabelece também, estratégias de cuidado com relação à hipertensão, dentre elas destacam-se aquelas voltadas para o rastreamento que são descritas a seguir (BRASIL, 2013b, p. 29).

a) Verificação de pressão arterial de todo adulto com 18 anos ou mais de idade, que não tiver registro no prontuário de, ao menos, uma verificação da PA nos últimos dois anos. Essa abordagem poderá ser realizada durante as visitas à Unidade Básica de Saúde (UBS), para consulta, atividades educativas, procedimentos, etc.

b) De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira De Nefrologia (2010*apud* BRASIL, 2013b) a primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Se houver diferença entre os valores aferidos, deve ser considerada a medida de maior valor e o braço que obteve maior valor na aferição será definido como referencia para as próximas aferições. Se ocorrer diferença superior a com o maior do que 20/10 mmhg para as pressões sistólico-diastólica entre os dois braços, o usuário deverá ser encaminhado para investigação.

c) A média desses dois valores pressóricos será fundamental para as próximas averiguações. Assim, se PA menor que 120/80 mmhg, ela deverá ser verificada a cada dois anos (BRASIL, 2006*apud* BRASIL, 2013). Se a média da PA estiver entre 120 – 139/80 – 89 mmhg (nas pessoas sem outros fatores de), ela deverá ser verificada anualmente (CHOBANIAN *et al.*, 2003*apud* BRASIL, 2013b). E, em mais dois momentos, com um intervalo de 1 a 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmhg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmhg (na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (BRASIL, 2013b).

PREVENÇÃO

Segundo a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006, p.17) “a promoção da saúde e a prevenção de complicações baseadas na abordagem global dos fatores de risco modificáveis são fundamentais”. De acordo com a mesma, os fatores de risco não modificáveis e os modificáveis, são descritos a seguir:

a) Fatores de risco não modificáveis

- Hereditariedade - história familiar de hipertensão arterial.

- Idade - o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevada para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos.

- Raças-estudo têm apontado que a raça negra é mais propensa à hipertensão arterial que a raça branca. No Brasil, não há essa evidência. (MINAS GERAIS, 2006)

b) Fatores de risco modificáveis

- Sedentarismo: a atividade física regular diminui a pressão arterial e o sedentarismo produz um risco, aproximado, 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos:

- Tabagismo: está associado ao aumento agudo da pressão arterial e ao maior risco de doenças cardiovasculares.

- Excesso de sal: tem efeitos maléficos, pois pode desencadear agravar e manter a hipertensão.

- Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar ao desenvolvimento da hipertensão.

- Peso: o ganho de peso e aumento da circunferência da cintura é índices prognósticos para hipertensão arterial, além disso. a obesidade constitui um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.

- Estresse: o exagero de trabalho, a sensação de angústia, apreensões e ansiedade podem produzir a elevação aguda da pressão arterial (MINAS GERAIS, 2006)

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil,

cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Várias iniciativas têm sido efetuadas para sensibilizar e conscientizar a população a adotar hábitos regulares de exercícios físicos, no entanto, a maioria das campanhas é muito pontual (um dia) e por isso causam poucos impactos positivos sobre a atitude das pessoas. Complementarmente às estratégias em Saúde pública para sensibilizar a população a adotar hábitos saudáveis, é importante conhecer a prevalência dos riscos cardiovasculares isolados ou associados em grupos sociais e/ou ocupacionais específicos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O principal desafio é traduzir em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis e colocá-los no âmbito populacional ao alcance de um maior número possível de indivíduos. Com um espectro amplo de terapias preventivas de benefício comprovado hoje existente e com uma capacidade crescente de se identificar as pessoas com maior risco de doenças, a escolha deve obedecer a critérios racionais de eficácia e eficiência, não sendo possível e nem conveniente prescrever "tudo para todos", levando-se em conta o risco de efeitos indesejáveis e a necessidade de aperfeiçoar os recursos para cuidados de saúde. (BRASIL,2010).

Como elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas na atualidade, destacam-se: apoiar uma mudança de paradigma, já que o sistema de saúde é organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não mais atende às necessidades de muitos pacientes com condições crônicas; gerenciar o ambiente político, pois a elaboração de políticas e o planejamento de serviços ocorrem inevitavelmente em um contexto político; desenvolver um sistema de saúde integrado, considerando que o tratamento das condições crônicas requer

integração para garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e prestadores e através do tempo (a partir do contato inicial com o paciente); alinhar políticas setoriais para a saúde, ou seja, as políticas de todos os setores precisam ser analisadas e alinhadas para maximizar os resultados da saúde. (OMS, 2003).

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990 representou uma importante mudança no padrão de organização dos serviços de saúde no país, sobretudo com o fortalecimento da atenção básica de saúde. (ESCOREL, 2007). Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), foi estabelecido um direcionamento geográfico da atenção por meio de equipes de saúde da família nas áreas e subgrupos populacionais desfavorecidos socialmente (VICTORA. CG, 2011) Estratégia de Saúde da Família é, hoje, considerada como a principal porta de entrada ao sistema de saúde (PAIN, 2011).

Tendo em vista a importância das condições crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, como “necessidades em saúde”, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo dessa estratégia foi “[...] promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações” (BRASIL, 2014).

De acordo com Mendes (2011) e OPS (2010) (*apud* BRASIL, 2014c, p. 20):

As redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem demonstrado o alcance de melhores resultados em Saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custos-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre

gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens.

O Ministério da Saúde estabelece também, estratégias de cuidado com relação a hipertensão, dentre elas destacam-se aquelas voltadas para o rastreamento e que são descritas a seguir (BRASIL, 2013).

d) Verificação de pressão arterial de todo adulto com 18 anos ou mais de idade, que não tiver registro no prontuário de, ao menos, uma verificação da PA nos últimos dois anos. Essa abordagem poderá ser realizada durante as visitas à Unidade Básica de Saúde (UBS), para consulta, atividades educativas, procedimentos, etc.

e) De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira De Nefrologia (2010^{apud} BRASIL, 2013b) a primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Se houver diferença entre os valores aferidos, deve ser considerada a medida de maior valor e o braço que obteve maior valor na aferição será definido como referencia para as próximas aferições. Se ocorrer diferença superior a com o maior do que 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica entre os dois braços, o usuário deverá ser encaminhado para investigação.

f) A média desses dois valores pressóricos será fundamental para as próximas averiguações. Assim, se PA menor que 120/80 mmHg, ela deverá ser verificada a cada dois anos (BRASIL, 2006^{apud} BRASIL, 2013). Se a média da PA estiver entre 120 – 139/80 – 89 mmHg (nas pessoas sem outros fatores de), ela deverá ser verificada anualmente (CHOBANIAN *et al.*, 2003^{apud} BRASIL, 2013b). E, em mais dois momentos, com um intervalo de 1 a 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg (na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (BRASIL, 2013b).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da aplicação da implementação do projeto, espera-se que os indivíduos tomem consciência principalmente da importância de manter a HAS controlada e prevenir as complicações. Espera-se que decorridos seis meses da finalização do projeto, ao menos 45% dos participantes tenham adotado mudanças de hábitos saudáveis. Seja capazes de confeccionar um cardápio adequado, escolher alimentos saudáveis e, combinar alimentos na forma de refeições. Espera-se também que aumente em um 25% a participação dos pacientes nas atividades esportivas oferecidas pela UBS. Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilo de vida e ao uso correto das medicações, diminuiríamos o número de consultas de emergência e urgência, alta demanda por especialistas, internações hospitalares e grande número de sequelas.

Cronograma das ações que serão realizadas ao longo de 2016 de acordo com os nós críticos levantados.

Ações	2015- 2016									
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.
Elaboração do projeto de intervenção .	x	x	x	x	x					
Levantamento de dados.			x							
Busca ativa de novos pacientes.				x						
Avaliação individual de pacientes.				x						
Ações educativas.				x	x		x	x	x	x
Avaliação								x	x	
Apresentação de resultados.									x	

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” falta de busca ativa de pacientes com Hipertensão arterial na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Santa Terezinha, em município Lajinha, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Deficiente busca ativa de pacientes com hipertensão arterial
Operação	Melhorar a estrutura do serviço para detectar pacientes portadores da doença não identificados

Projeto	Detectando a doença
Resultados esperados	Detectar aproximadamente um 50% de pacientes com hipertensão que ainda não sabem que padecem a doença
Produtos esperados	Capacitação dos agentes comunitários de saúde no tema da Hipertensão Arterial. Visita domiciliar a pessoas com risco cardiovascular. Agendamento de controles com espaço de pelo menos seis meses em pessoal de risco de HAS. Compra de exames para avaliação destes pacientes.
Atores sociais/ responsabilidades	A equipe Básica de saúde, pessoal que assistem a visita domiciliar familiares de pacientes com sintomas que não assistem a consulta, e população presente no momento da ação educativa.
Recursos necessários	Organizacional: Organizar agenda. Cognitivo: Conhecimentos sobre a doença pelo pessoal que atenderá estas pessoas. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e exames complementares. Político: conseguir o espaço de difusão por alto-falantes, Palestras
Recursos críticos	Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Setor de comunicação social: Motivação: Indiferente. Secretário de Saúde: Motivação: Favorável Medica e Enfermeira do PSF: Motivação: Favorável.

Ação estratégica de motivação	<p>Realização de Palestras sobre os benefícios da detecção precoce de pacientes com hipertensão Arterial, a os grupos operacionais.</p> <p>Reprodução de Material audiovisual, colocação de cartazes relacionados a importância da adequada pesquisa da pressão arterial</p>
Responsáveis:	<p>Realização de Palestras sobre os benefícios da pesquisa ativa de pacientes com Hipertensão arterial para toda a população e: responsável: Dra. Ileana Alayo Justiz e Enfermeira do PSF.</p> <p>Reprodução de Material audiovisual, colocação de cartazes relacionados a Hipertensão Arterial e os benefícios de a detecção precoce e entregas de folhetos na sala de acolhimento do PSF: responsável: ASCs e Enfermeira do PSF.</p>
Cronograma / Prazo	<p>1 mês (para a apresentar o projeto e conseguir apoio da gerencia)</p> <p>3 meses (para o treinamento da Equipe Básico de Saúde)</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Acompanhamento permanente, após cada atividade.</p> <p>Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.</p>

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” 2 “,Hábitos e estilos de vida não saudáveis”, relacionado ao problema de maus hábitos e estilos de vida da população em geral e de os pacientes com Hipertensão Arterial , sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF Santa Terezinha Município Lajinha ,Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida não saudável
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida da população
Projeto	Viver e alimentar-nos saudavelmente
Resultados esperados	Capacitar na população e os pacientes com hipertensão arterial como alimentar se e viver saudavelmente
Produtos esperados	Modificar em 40% a incidência de pessoas com Hipertensão Arterial
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe básico de saúde com a colaboração da secretaria de saúde, a prefeitura, setor de comunicação social e as pessoas envolvidas no projeto.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimentos de formas de comunicação sociais Políticos: Apoio para mobilização social sobre atividades educativas Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e cartazes.
Recursos críticos	Político: Mobilização social intersetorial. Obter o espaço na rádio local recursos para fazer demonstrações práticas. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes etc. Cognitivo: Conhecimentos das estratégias de comunicação e pedagógicas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Setor de comunicação social: Motivação: Indiferente. Secretário de saúde: Motivação: Indiferente.

	Medica e Enfermeira do PSF: Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Palestras sobre a importância de uma alimentação responsável e a realização de técnicas demonstrativas como a apresentação de comidas e merendas adequadas para evitar e controlar a hipertensão arterial. Demonstração de como levar uma vida saudável com a prática de exercícios físicos.
Responsáveis:	Dra: Ileana Alayo Justiz e Equipe do PSF capacitado.
Cronograma / Prazo	2 mês (para apresentar o projeto e conseguir o apoio da secretaria de saúde) +4 meses (para organização dos profissionais e preparar os recursos materiais didáticos. para as demonstrações práticas.)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” 3 “Intersetorialidade” relacionado ao problema de lograr a união dos diferentes setores para colaborar em o educação da população, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, de PSF Santa Terezinha, em município Lajinha, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Intersectorialidade
Operação	Conseguir a união dos diferentes setores para colaborar com a educação da população.
Projeto	Todos pela saúde.
Resultados esperados	Incentivar a intersectorialidade das entidades da cidade para alcançar os objetivos que nos propomos e diminuir a incidência de Hipertensão Arterial em nossa cidade.
Produtos esperados	Realização de palestras e outras informações nos diferentes setores da população sobre HAS. Criar protocolos de saúde nas diferentes unidades de outros setores que incluem cheque da saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	A equipe Básica de saúde, pessoas que assistem à consulta do PSF, pacientes com Hipertensão, líderes informais da comunidade fundamentalmente.
Recursos necessários	Político - conseguir o espaço de difusão por alto-falantes, Palestras. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. Cognitivo Conhecimentos da doença pelo pessoal que atenderá os usuários.
Recursos críticos	Político: Articulação entre o setor saúde e outros. Sobre políticas de saúde. Financeiro: Financiamento do projeto Organizacional: adequação de programas de saúde nos diferentes setores da comunidade.
Controle dos	Setor de comunicação social: Motivação: Indiferente.

recursos críticos / Viabilidade	Secretário de saúde: Motivação: favorável Medica e Enfermeira do PSF: Motivação: Favorável. Outros setores: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Palestras sobre a doença Palestra sobre, os fatores de risco de Hipertensão. Reprodução de Material audiovisual, colocação de cartazes relacionados com a Hipertensão Arterial. Palestra com os diversos dispositivos comunitários para u apoio nas ações de promoção de saúde.
Responsáveis:	Dra. Ileana Alayo Justiz. Enfermeira do PSF. Secretaria de saúde. Equipe de saúde capacitada sobre a doença.
Cronograma / Prazo	1 mês (para a presentear o projeto e conseguir apoio da gerencia).
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente. Avaliação geral com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretende-se obter com a implementação desse projeto, uma maior adesão dos pacientes ao programa HIPERDIA, assim como sua maior participação nas atividades realizadas para a orientação e prevenção dos agravos que decorrem dessa patologia. Espera-se que os pacientes tenham uma maior compreensão de suas doenças e de suas possíveis complicações, assim como compreendam a necessidade da realização de um tratamento adequado por parte deles, que inclui tomar as medicações em horários regulares, praticar atividades físicas e ter hábitos alimentares mais saudáveis. Será orientado aos pacientes que tais ações não devem ser feitas por obrigação, mas, deve-se buscar sensibilizá-los para compreender a real necessidade de tais procedimentos.

Ao final do período de avaliação, deseja-se que os pacientes apresentem um menor índice de massa corporal, um melhor controle dos seus níveis de tensão arterial e de glicemia sanguínea, mantendo-os nos níveis de normalidade. Espera-se que apresentem também níveis normais de colesterol total e suas frações, triglicérides e função renal, bem como a ausência de complicações decorrentes da patologia.

REFERÊNCIAS

AMODEO, C.; COSTA, A. R. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n.1, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Brasília 2013b. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_a_doenca_cronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em 13.01.2015.

BRASIL. **Sistema de informação da atenção Básica (SIAB)**.:Ministério da saúde, Brasília 2014^a.disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 02 jun.15

BRASIL. Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS. **Causas de internação e óbito**. Ministério da Saúde, Brasília 2014b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 02 jun. 15

BRASIL.Ministerio da Saude.Secretaria de atenção a Saude.departamento de Atenção Basica.**Prevenção clinica de doencacardiovascular,cerebrovascular e renal crônica**.Ministerio da Saude,(cadernos de atenção Basica;14)(SerieA.Normase Manuais técnicos).Brasilia:56p.2006.acesso em 14 jun.2015.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. p. 1–15, 2000.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 02.02.2016.

DIDIER, M. T.; GUIMARÃES, A. C. Otimização de Recursos no Cuidado Primário da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v.88, n.2, p. 218-224, 2007.Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>>, Acesso em 16 jan. 2016.

SCOREL S., GIOVANELLA L., MENDONÇA MH., SENNA MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**; v. 21, n3, p 164-76, 2007 [Links], Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>, acesso em: 22 de maio de 2016.

BANEGAS, JR; RODRIGUEZ F.A.; ANDRES JJ, *et al* . A mortalidade relacionada com a pressão arterial e hipertensão em Espanha. **Med. Clin (Barc)**, v 112, n17, p489-94, 1999, Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/>>, acesso em 20 de maio de 2016.

LAJINHA. Câmara Municipal de Lajinha/MG. Disponível em:<<http://www.simec.gov.br>>, acesso em 25/4/2015.

BAGLIVO, H. P. Clasificación de la hipertensión arterial en base a la definición del JNC VII y las guías de las Sociedades Europeas de Hipertensión Arterial y Cardiología 2003. **Rev. argent. anesthesiol**, v. 61,n 6,p. 341-345.disponível em:<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf.acesso em 22abril2016.

LOPES, M. C. L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. A. P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em:<<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>. Acesso em 09 fev. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2119.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2016.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação, **relatório mundial. Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf Acesso em 16 de novembro de 2015.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial no Brasil**: Ministério da Saúde, Brasília 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>. Acesso em 16 de fevereiro de 2016.

PAIM J. ; TRAVASSOS C.; ALMEIDA C.; BAHIA L.; MACINKO J. et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**, 2011; 377(9779): 1778-97. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2730/1/Paim_Travassos_Almeida_etal.pdf. Acesso em 20 de maio de 2016.

SMELTZER, S C.; G. BARE B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Volume 2**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão VI. **Revista hipertensão**. Janeiro, fev./mar. de 2010, Ano 13, v 13, n.1. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/medica/artigos36.asp>. Acesso em: 18 jan. 2016.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: **Modelo de e Saúde Atenção a saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, p. 85–107, 2006.

VICTORA CG, AQUINO E M., do Carmo Leal M., MONTEIRO CA. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges**. 2011. Disponível em: <<http://www.popline.org/node/221597>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.