

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

ANGEL ANTONIO GUTIERREZ MARTINEZ

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL DO PSF SÃO GERALDO EM SÃO JOAO DEL REI**

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2016

ANGEL ANTONIO GUTIERREZ MARTINEZ

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL DO PSF SÃO GERALDO EM SÃO JOAO DEL REI.**

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

Orientador: Marco Túlio de Freitas Ribeiro

JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS

2016

ANGEL ANTONIO GUTIERREZ MARTINEZ

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PSF SÃO GERALDO EM SÃO JOAO
DEL REI.**

Banca examinadora

Marco Túlio de Freitas Ribeiro orientador

Prof.^a. Maria Auxiliadora Guerra Pedroso

Aprovado em Belo Horizonte, em: 23/04/2016

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. É uma doença crônica não transmissível de ordem multifatorial. Acredita-se que o desenvolvimento deste projeto possa contribuir para identificação dos fatores de risco que influenciam direta e indiretamente o controle da hipertensão através de práticas individuais e coletiva de educação em saúde. E assim provocar mudanças nos fatores determinantes e condicionantes apontados pelos pacientes. A importância deste trabalho consiste em que nunca antes na área de abrangência da equipe de São Geraldo (São João del Rey, MG) tinha-se realizado um estudo contextualizado sobre os fatores de risco da hipertensão arterial nem se tinham proposto ações para controlá-los.

Palavra chave: Hipertensão. Fatores de risco. Proposta de intervenção.

ABSTRACT

The Hypertension is the most common cardiovascular disease. It is also the main risk factor for the most common complications such as stroke and acute myocardial infarction, in addition to chronic renal disease. It is a non-transmissible chronic disease of multifactorial order. It is believed that the development of this project will contribute to identify the risk factors that influence directly and indirectly in the hypertension control through individual and collective practices of health education. And thus lead to changes in the determinants and conditioning factors mentioned by patients. The importance of this research is that never before in the coverage area of "ESF São Geraldo" teams has been conducted studies contextualized on hypertension risk factors and much less has proposed actions to control them.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Intervention proposal.

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	9
3	OBJETIVOS	10
3.1	Objetivo geral.....	10
3.2	Objetivos Específicos:	10
4	METODOLOGIA.....	11
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
6.1	Identificação do problema.....	16
6.2	Priorização do problema.....	16
6.3	Descrição do problema:.....	16
6.4	Explicação do Problema:.....	16
6.5	Seleção dos nós críticos	16
6.6	Desenhos de operações:.....	17
6.7	Identificação dos recursos críticos:.....	18
6.8	Análise da Viabilidade.....	18
6.9	Plano Operativo	19
6.10	Gestão do plano.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
8	REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

A Equipe de Saúde da Família (ESF) São Geraldo onde será desenvolvido o projeto deste TCC, é uma das 13 ESF de São João do Rei. Atende no total, 4 bairros e 1.049 famílias até o presente momento. No ano de 2008 foram formadas duas equipes de saúde da família (0704 São Geraldo e 0705 Bela Vista) para trabalharem no mesmo prédio, sendo que cada ESF possui uma área de abrangência específica. E assim, deram início à nova dinâmica de trabalho que é preconizada pelo Ministério da Saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS *et al.* 2006)

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (PASSOS *et al.*, 2006)

Ao longo dos anos a equipe de saúde sofreu algumas alterações, restando apenas alguns membros da formação original em 2000, seu funcionamento durante a semana é de 07:00 às 17:00 horas. A descrição da população assistida pela ESF São Geraldo pode ser vista na tabela 1.

Tabela 1 – Número de famílias cadastradas por Agentes Comunitários de Saúde e quantidade de visitas domiciliares realizadas no mês de julho de 2013.

Microáreas cadastradas por ACS	Nº de famílias cadastradas	Nº de visitas domiciliares
01	180	248
02	166	220
03	187	240
04	189	277
05	147	180
06	178	257

Fonte: SIAB, São João do Rei, 2013.

Para encontrar os problemas seguimos os passos da metodologia aprendida no módulo de planejamento em saúde diante a realização das atividades de identificação e priorização do problema. Depois foram levantados os seguintes problemas da ESF São Geraldo, de acordo com a disciplina.

Principais problemas encontrados em nossa área de abrangência: elevado número de pacientes que consomem psicotrópicos; elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica; alto consumo de drogas ilícitas; elevada prevalência de Diabetes Mellitus; hábitos alimentares inadequados; elevada prevalência de transtornos de saúde mental e elevado número de pacientes fumantes e alcoólicos.

O problema priorizado que equipe escolheu na área de abrangência foi à elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

Escolhe-se o tema devido ao número crescente de hipertensos com complicações, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (PASSOS *et al.*, 2006)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência e complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF São Geraldo município São João Del Rei.

3.2 Objetivos Específicos:

Identificar os principais fatores de risco da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “São Geraldo”.

Identificar os principais medicamentos no tratamento dos pacientes com Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “São Geraldo”.

Determinar as principais causas ou fatores que influem na aparição de complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF “São Geraldo”.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão narrativa de literatura sobre redução de complicações da hipertensão arterial. Utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde e SciELO no período 2013-2015. Além dessas bases foram consultados dados da secretaria municipal de saúde de São Joao Del Rei, dados do Ministério da Saúde e arquivos da equipe. Os descritores utilizados na busca foram: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Prevalência da Hipertensão Arterial e complicações da Hipertensão Arterial e outros.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) descrito no módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde, do Curso de Especialização em Saúde da Família. A revisão da literatura subsidiou o projeto de intervenção e acrescentou conhecimentos sobre o tema em questão.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores, que quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente pela ocorrência de agravos. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores da doença. 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 (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007)

A hipertensão está nitidamente associada a várias complicações, como acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial periférica (DAP), insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença arterial coronariana (DAC) (Nobre et al., 2013). Acomete aproximadamente 25% da população mundial, com estimativa de aumento de 60% dos casos da doença em 2025. A alta prevalência de casos de HAS tem contribuído para a atual pandemia de DCV (doença cerebrovascular) em escala mundial. Portanto, controlar a HAS mostra-se necessário, não somente em razão de sua alta frequência, mas também por ser um fator de risco (FR) modificável para DCV e renais. Da mesma maneira, Kearney estimou o número total de adultos hipertensos no ano 2000 seria de 972 milhões de indivíduos, atingindo cerca de 30% da população mundial;

destes, 333 milhões vivem em países desenvolvidos e 639 milhões em países em desenvolvimento. A projeção do número de adultos hipertensos, para o ano de 2025, é de um incremento em 60% sobre estes números, resultando em um total de 1,56 bilhões de indivíduos em escala mundial. A maior parcela deste crescimento pode ser atribuída a uma expectativa de aumento do número de hipertensos nas regiões em desenvolvimento econômico. Com base nestas estimativas, 75% da população de hipertensos estará nos países em desenvolvimento em 2025, compondo 29% da população mundial. Uma alta prevalência de HAS foi identificada na América Latina (USA., 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na sub-região das Américas, confere que a HAS está entre os três principais FR que concorrem para a carga total de doenças. No Brasil, a prevalência de HAS na população urbana adulta variou entre 15 e 30% para os homens, e entre 15 e 17% para as mulheres. Em inquérito domiciliar em 15 capitais e Distrito Federal sobre FR e morbidade para doenças crônicas não transmissíveis, a frequência de HAS variou de 16% a 45% (FERREIRA et al., 2009). Outros estudos de prevalência, regionais e isolados no Brasil, levam-nos a crer que em torno de 30% da população adulta apresenta HAS (BRASIL, 2010) No estado de Santa Catarina esse dado cai para 18,7%, já na região do Extremo Oeste a HAS tem prevalência de 11,7%.

Tanto no Brasil quanto no mundo a HAS é considerada um grave problema de saúde pública. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. (BRASIL, 2010) A HAS compreende aspectos genéticos, ambientais, vasculares, hormonais, renais e neurais. A hereditariedade desempenha papel fundamental na gênese da hipertensão. O ambiente influi de forma considerável, visto que mudanças de hábitos alteram o comportamento da PA. São clássicos os estudos de indivíduos pertencentes a grupos populacionais que não apresentam HAS e que, ao mudarem para locais de alta prevalência de hipertensão, tornam-se hipertensos. O sal tem importância na gênese da HAS em indivíduos geneticamente predispostos, pois o excesso na alimentação e a incapacidade dos rins de excretar a sobrecarga de sódio induzem hipertensão por aumento do volume plasmático, da pré-carga e, conseqüentemente, do débito cardíaco. Os negros e os idosos são, em geral, os mais sensíveis ao sal entre os hipertensos. Outros fatores influenciam os níveis de PA, entre os quais: tabagismo,

consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, níveis altos de LDL-colesterol, sedentarismo, Diabetes Mellitus, e sono inadequado (NOBRE et al. , 2013).

Além desses fatores, existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos.

A maioria dos pacientes hipertensos é assintomática. O diagnóstico de HAS é feito pela obtenção de medida da PA. Para o diagnóstico da HAS a medida apropriada da pressão arterial é fator fundamental (Nobre et al., 2013). Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à HAS. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos, hoje disponíveis está bem determinada e é similar. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar as suas eficácias. Para o tratamento da HAS deve-se considerar mudanças de estilo de vida ou tratamento não medicamentoso e a instituição de tratamento medicamentoso. O tratamento não medicamentoso ou mudanças de estilo de vida consiste em orientações com o objetivo de reduzir a pressão arterial. A sua aplicação pode reduzir a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e aumentar sua eficácia. Controlar os fatores de risco associados e concorrer para a prevenção primária da hipertensão e de doenças cardiovasculares associadas é também um objetivo do tratamento não medicamentoso. Há um elenco de medidas cuja eficácia já está claramente estabelecida como benéficas, sendo elas: redução do peso, evitar consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física aeróbica moderada por pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana (se não houver limitação), restrição de sal, suspensão do tabagismo, controle das dislipidemias. A decisão terapêutica deve basear-se nos valores da pressão arterial, na presença ou não de lesão em órgãos-alvo e de fatores de risco associados, que permitem estratificar o risco do paciente a ser tratado (NOBRE et al., 2013).

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Visando a redução dos fatores de risco para HAS o Ministério da Saúde (MS) tem investido em diversas ações. Um dos projetos, instituídos em 2011, é uma parceria com a indústria alimentícia, que firma uma redução das taxas de sal em alimentos industrializados. Ainda esse ano, a pretensão é a retirada de cerca de 3.900 toneladas de sódio do mercado até 2014, somente com a ação de redução de sal prevista no pão francês. Com o Programa Academias da Saúde, o Ministério prevê atacar o sedentarismo com criação de locais adequados e equipados para atividades físicas, sempre acompanhados de profissionais e trabalhando em conjunto com as unidades básicas de saúde. Pesquisas do MS mostram que a frequência de realização de atividades físicas aumenta em 30% quando existem espaços públicos e gratuitos disponíveis para a população. Outras ações: Criação das Diretrizes Nacionais de Hipertensão Arterial; Atualização permanente dos médicos e enfermeiros da rede básica de saúde; Assistência farmacêutica gratuita para controle da Hipertensão Arterial; “Farmácia Popular”, criada em 2004, com descontos de até 90% sobre o preço padrão dos medicamentos; SIS-Hiperdia, sistema nacional de cadastro e monitoramento de Hipertensos e Diabéticos atendidos na rede básica do SUS; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para reforçar as ações de prevenção e, principalmente, a adesão ao tratamento (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação do problema

Foi identificado um número elevado de pacientes hipertensos descompensados e com complicações nos grupos de hipertensos na área de abrangência da ESF “São Geraldo”, do município de São João Del Rei.

6.2 Priorização do problema

A priorização do problema uma vez identificados foi realizada através do método de votação nominal, dando um valor de 0-10, donde ficou como o de maior importância: A prevalência das complicações de Hipertensão Arterial.

6.3 Descrição do problema:

Em a nossa população a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge à população adulta acima de 18 anos em cerca de até 30%. Tendo uma alta incidência de complicações nos pacientes idosos.

6.4 Explicação do Problema:

Devido á alta prevalencia da HAS na nossa populçao, a prevençao das complicaçoes é uma tarefa principal, para desse jeito diminuir as internaçoes hospitalares e evitar as secuelas que tem doenças como AVE,IRC, infartos agudos miocardicos,etc. Dai a importancia deste projeto.

6.5 Seleção dos nós críticos

- Maus hábitos alimentares.
- Desconhecimento dos riscos da hipertensão arterial.
- Sedentarismo.
- Uso inadequado de drogas hipotensor.

6.6 Desenhos de operações:

Nó crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Maus hábitos Alimentares	Palestras sobre Alimentação saudável.	Aumentar o conhecimento da população sobre alimentação saudável.	Mudar estilo de vida	Conhecimentos de Nutrição. Placas Informativas
Desconhecimento dos riscos da hipertensão arterial.	Fomentar o conhecimento Sobre HAS	Elevar o nível de conhecimento dos participantes, sobre a percepção dos riscos	Maior conhecimento da população sobre HAS.	Conhecimentos científicos, recursos áudio visuais, material educativo, didático:, folhetos, cartazes. Capacitação da equipe
Sedentarismo	Incentivar o hábito de praticar exercícios físicos.	Aumentar a prática de atividade física.	Reduzir o peso corporal e mudar hábitos e estilos de vida	Instrutor de esportes
Uso Inadequado de Drogas Hipotensores	Classificar o tipo de HAS que sofre cada paciente	Administrar corretamente o remédio preciso para cada paciente	Diminuir a incidência de lesão em órgãos alvos.	Conhecimento Científico sobre tratamento de HAS
Cronograma Prazo	De junho-novembro 2016			

6.7 Identificação dos recursos críticos:

Operação	Recursos críticos
Palestras sobre Alimentação saudável.	Recursos econômicos: materiais didáticos, educativos.
Fomentar o conhecimento Sobre HAS	Materiais didático e pessoal capacitado.
Incentivar o hábito de praticar exercícios físicos.	Recursos econômicos: equipes áudio, local para praticar esportes. Recursos Humanos: Instrutor de Esportes.
Uso Inadequado de Drogas Hipotensor	Recurso Humano: Pessoal Capacitado

6.8 Análise da Viabilidade

Operações	Recurso crítico (RC)	Controle dos (RC) Ator que controla	Controle dos (RC) Motivados	Ações Estratégicas
Palestras sobre Alimentação saudável.	Recursos econômicos: materiais didáticos, educativos.	Chefe do posto de saúde	Favorável	Planejar um encontro mensal.
Fomentar o conhecimento Sobre HAS	Materiais didático e pessoal capacitado.	Chefe do Posto de Saúde	Favorável	Planejar consultas 3 vezes ao ano
Incentivar o hábito de praticar exercícios físicos.	Recursos econômicos: equipes áudio, local para praticar esportes. Recursos Humanos: Instrutor de Esportes.	Chefe do Posto de saúde.	Favorável	Apojar-se nos meios de comunicação (radio local).
Cronograma Prazo	Geral: junho-novembro 2016			

6.9 Plano Operativo

Operações	Resultado	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Palestras sobre Alimentação saudável.	Aumentar o conhecimento da população sobre alimentação saudável.	Mudar estilo de vida	Planejar um encontro mensal.	Médico e equipe de saúde.	Seis meses
Fomentar o conhecimento Sobre HAS	Elevar o nível de conhecimento dos participantes, sobre a percepção dos riscos	Maior conhecimento da população sobre HAS.	Planejar consultas 3 vezes ao ano	Equipe de saúde.	Seis meses
Incentivar o hábito de praticar exercícios físicos.	Aumentar a prática de atividade física.	Reduzir o peso corporal e mudar hábitos e estilos de vida	Apojar-se nos meios de comunicação (radio local).	Médico e equipe de saúde.	Seis meses
Classificar o tipo de HAS que sofre cada paciente	Administrar corretamente o remédio preciso para cada paciente	Diminuir a incidência de lesão em órgãos alvos.	Apresentar projetos de apoio.	Médico e equipe de saúde.	Seis meses

6.10 Gestão do plano

Palestras de alimentação saudável: Após de realizar as palestras e aulas sobre alimentação saudável, os pacientes que não consigam aprender a se alimentar corretamente, serão encaminhados para o nutricionista.

Fomentar o conhecimento sobre HAS: Em cada consulta programa o encontro do grupo de HAS, se devera falar sobre os aspectos clínicos e teóricos da doença em questão e as complicações que poderia trazer o não cumprimento das indicações.

Incentivar o hábito de praticar exercícios físicos: Os pacientes que não consigam reduzir o índice de massa corporal, serão encaminhados para o professor de educação física.

Classificar o tipo de HAS que sofre cada paciente: Os pacientes devem ser bem classificados na hora da consulta e nos grupos de HAS, para poder indicar o tratamento específico que precisam, segundo a sua classificação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o desenvolvimento deste projeto possa contribuir para a redução das complicações da HAS, além de aumentar o conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, aumentando a capacidade de controle sobre os determinantes desse processo. O vínculo entre pesquisador/profissional e usuário mostra-se como um elo fundamental na integração entre as políticas públicas de saúde e a comunidade.

Reforça-se a importância das orientações domiciliares porque permitem aproximação do profissional à realidade familiar (ambiente físico, material e afetivo) do paciente com hipertensão arterial e a possibilidade de se vivenciar concretamente a rotina e as relações dos familiares com os pacientes.

Sua utilização pode facilitar a identificação de fatores de risco e aferição do cumprimento à terapêutica prescrita, além de viabilizar o estabelecimento de metas a serem alcançadas.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M., (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ p.783-836, 2006.

BECKERT. S. **Capitalism, as Woven Through Cotton**. 2014. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2014/12/30/books/empire-of-cotton-by-sven-beckert.html?_r=0> Acesso em: 12 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores**. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf

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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

FERREIRA, A. L. et al. Production and nutritional value of shoot area of cassava, maniçoba, and pornunça. **Rev. Bras. Saúde Prod. Anim.** V.10, n.1, p.983-990, 2009.

MACHADO, M.C; PIRES, C.G.; LOBAO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p.1357-1363, maio2012.

NOBRE, F.; COELHO, E.B.; LOPES, P.C.; GELEILETE, T.J.M. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Revista Medicina**, v. 46, n.3, p. 256-72, 2013.

OLIVEIRA, T.L. et al . Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

PASSOS, V. M.A. *et al.* Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalencia a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.15, n.1, 2006.

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

PORTAL DA SAUDE. Ações do Ministério da Saúde no controle da hipertensão. 2012. Disponível em: <<http://www.ibacbrasil.com/noticias/enfermagem/acoes-do-ministerio-da-saude-no-controle-da-hipertensao>> Acesso em 13 de março de 2016.

SILVA, C.N. da; FERREIRA J.S. Programa de exercícios físicos para hipertensos: aplicação em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 15 - Nº 143 - Abril de 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>> Acesso em: 4 de abril de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 95 (1 supl.1): 1-51, 2010;

TOLEDO, M.M.;RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. **Educação em Saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial**: Uma nova ótica um velho problema. Florianopolis, p. 234, abr/jun,2007.

USA. World Health Organization(WHO). 65th **World Health Assembly closes with new global health measures.** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/what65_closes_20/20526/en/> Acesso em 22 de março de 2016.

ZAITUNE, M.P.A et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p. 285-294, 2006.