

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

NORAIDA LUGO FALCÓN

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR OS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGENCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMILIA LAGOA DOS MANDARINS DO MUNICIPIO DIVINÓPOLIS / MG

BOM DESPACHO / MINAS GERAIS

2017

NORAIDA LUGO FALCÓN

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR OS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGENCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMILIA LAGOA DOS MANDARINS DO MUNICIPIO DIVINÓPOLIS / MG

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

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

BOM DESPACHO / MINAS GERAIS

2017

NORAIDA LUGO FALCÓN

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR OS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGENCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LAGOA DOS MANDARINS DO MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS / MG

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Suelene Coelho

Examinador 2 – Profa. .Ms. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, 23 de maio de 2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais nas artérias. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, como obesidade entre outras patologias. O objetivo desse estudo de intervenção é conhecer os fatores de risco mais frequentes associados à HAS nos usuários da Unidade Básica de Lagoa dos Mandarins, município de Divinópolis/MG, para atuar na sua prevenção. O universo deste estudo serão pessoas com idade superior a dezoito anos. Após identificados e analisados os problemas fundamentais do território de atuação da Equipe Saúde da Família, por meio da elaboração do diagnóstico situacional de saúde na UBS Lagoa dos Mandarins em Divinópolis, mediante o processo de estimativa rápida. Desta forma, elencaram-se dados que refletem as condições e especificidades locais. Para realizar a Estimativa Rápida foram utilizadas como referências informações obtidas nas consultas, visitas e grupos do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), além da própria observação da equipe. O Projeto de Intervenção será implementado entre os meses de maio a dezembro de 2017, em três diferentes etapas: visitas domiciliares aos usuários com HAS realizadas pelos agentes comunitários de saúde; consulta de enfermagem com orientação pertinente; entrevista com a finalidade de conhecer os fatores de risco mais frequentes associados à HAS. Posteriormente, ao se evidenciar a presença relevante de fatores de risco destacaremos a necessidade das modificações no estilo de vida dos usuários com momentos dialógicos e de educação em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão arterial. Avaliação de risco. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a disease characterized by elevated blood pressure levels in the arteries. It is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes, such as obesity among other pathologies. The objective of this intervention study is to know the most frequent risk factors associated with SAH in the users of the Basic Unit of Lagoa dos Mandarins, in the city of Divinópolis / MG, to act in its prevention. The universe of this study will be people over the age of eighteen. After identifying and analyzing the fundamental problems of the territory of the Family Health Team, through the elaboration of the health situational diagnosis at UBS Lagoa dos Mandarins in Divinópolis, through a rapid estimation process. In this way, data that reflects the local conditions and specificities was listed. In order to carry out the Quick Estimate, information obtained from consultations, visits and groups of the Hypertensive and Diabetic Registration and Monitoring System (Hiperdia) was used as reference, in addition to the observation of the team. The Intervention Project will be implemented between May and December 2017, in three different stages: home visits to the users with SAH carried out by community health agents; Nursing consultation with relevant guidance; Interview with the purpose of knowing the most frequent risk factors associated with SAH. Subsequently, when the presence of relevant risk factors is evident, we will highlight the need for modifications in the lifestyle of users with dialogic moments and health education.

Key words: Primary Health Care. Hypertension. Risk assessment. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	12
5 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA UBS LAGOA DOS MANDARINS / DE DIVINÓPOLIS.....	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERENCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O município Divinópolis pertence ao pólo da região centro-oeste do estado de Minas Gerais e distingue-se pela indústria de confecção, metalurgia e siderurgia. Faz limite ao norte com Nova Serrana, ao noroeste com Perdigoão, a oeste com Santo Antônio do Monte, a sudoeste com São Sebastião do Oeste, ao sul com Claudio e a leste com Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Para. Sua topografia é cortada por dois rios: o Rio Itapecerica (principal fonte de captação de água do município) e o Rio Pará (DIVINOPOLIS, 2011).

Além disso, constitui-se como pólo da região centro-oeste de Minas Gerais, situando-se entre os 10 principais municípios do estado, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ocupa a 5ª posição no Estado (DIVINOPOLIS, 2011).

Divinópolis foi fundada em 1767, por João Pimenta Ferreira, que representava cinquenta famílias residentes em propriedades próximas ao Rio Itapecerica e Pará, onde ocorreu o primeiro assentamento que passou a ser chamado de Paragem do Itapecerica. Em 1770 o nome foi alterado para Espírito Santo do Itapecerica e, em 1912, se tornou a cidade de Divinópolis em homenagem ao seu antigo nome (DIVINÓPOLIS, 2013).

O município localiza-se na zona metalúrgica, denominada micro- região (186) do Vale do Itapecerica e seu clima é quente e semi-úmido com umidade relativa do ar de 72%, em média. O índice pluviométrico varia de 1.200 mm a 1.700 mm anuais e a temperatura média de inverno é de 18,5°C, e no verão: 29°C (DIVINÓPOLIS, 2013).

A população do município, estimada para o ano de 2016, segundo o IBGE (2016) foi de 232.945 habitantes. Com uma extensão de 708,115 km² possui densidade populacional de 327,65 habitantes por km². Destaca-se que, Divinópolis ocupa a 12ª posição no ranking das cidades mais populosas do Estado, superando cidades como Poços de Caldas, Varginha, Barbacena, Ituiutaba, Araguari e Pouso Alegre (IBGE, 2016).

Segundo informações da Câmara Municipal de Divinópolis (s.d), as dificuldades econômicas da indústria siderúrgica, forçaram a demissão e o fechamento de empresas no final dos anos 1970. Como alternativa econômica surgiu a indústria da confecção, que contribuiu para o aumento crescente das taxas de emprego. Houve reflexo imediato na construção civil e nos transportes rodoviários, reduzindo os problemas sociais. Atualmente, o nível de desemprego se mantém em patamares aceitáveis e cerca de 20 mil pessoas encontram-se empregadas na indústria de confecção. A cidade se destaca como-polo do Alto São Francisco, sendo conhecida pela qualidade de suas confecções. Destaca-se também, pela prestação de serviços de profissionais liberais, pelos serviços dos três níveis da administração pública, pelo comércio diversificado, bem como pela qualidade de suas escolas de ensino regular e de graduação superior em mais de 15 áreas (CÂMARA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, s.d.).

Como médica do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde, atuo no município desde março de 2016 junto a Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Lagoa dos Mandarins. Durante a realização do Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família delineamos o diagnóstico situacional de saúde na perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Assim, em uma reunião com minha equipe de saúde, foi proposto a todos uma observação mais focada com a finalidade de identificar os principais problemas de saúde e o que não estava funcionando bem na assistência à população da área de abrangência da Equipe de Saúde. Contamos também, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, que durante suas visitas domiciliares entrevistaram alguns moradores para realizarem uma estimativa rápida, e a partir daí, listaram os principais problemas encontrados.

Foi marcado um novo encontro para discussão das observações e achados. Verificamos que alguns dos problemas apontados eram de fácil resolução, outros já demandavam uma organização maior, além do que nossa Equipe poderia alcançar sozinha. Nossa reunião não teve caráter resolutivo a princípio, foi apenas uma enumeração de problemas para serem discutidos posteriormente, com sugestões de toda a equipe. No diagnóstico situacional alguns fatores dificultadores para o processo de trabalho da Equipe do PSF Lagoa dos Mandarins também foram

avaliados.

O número de pacientes hipertensos com elevação da pressão arterial sistêmica (HAS) chamou a atenção da Equipe e alertou sobre a necessidade de realizar ações para diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos. Para atingir esse objetivo elaboramos uma proposta de intervenção educativa para o controle dos fatores de risco da hipertensão arterial.

Com o desenvolvimento desta investigação, pretende-se oferecer educação para a saúde aos usuários hipertensos contribuindo para evitar as complicações, que repercutem em maior custo econômico para a família e a sociedade. Dessa maneira, os usuários hipertensos da área de abrangência poderão conhecer e refletir melhor sobre os fatores de risco associados a elevação da pressão arterial, e como consequência, desenvolver atitudes que possam prevenir as suas complicações.

A grande importância deste trabalho consiste em melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela Equipe de Saúde aos usuários hipertensos na área de abrangência. Acreditamos que este estudo poderá contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar os principais fatores de risco da Hipertensão arterial na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Lagoa dos Mandarins, município Divinópolis/MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o total de usuários com HAS e os fatores de riscos da HAS na população estudada.
- Promover educação em saúde para os portadores de HAS enfatizando os fatores de risco e as complicações da doença.

3 METODOLOGIA

O Projeto de Intervenção será desenvolvido com a população com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica que reside na área de abrangência da UBS Lagoa dos Mandarins, em Divinópolis. Dentre os recursos humanos necessários, estão profissionais da Equipe de Saúde da Família da UBS e os moradores do bairro, que se prontificaram a colaborar nesta proposta.

O público-alvo é a população com HAS do bairro Lagoa dos Mandarins. Foram realizadas pesquisas bibliográficas em artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram os sites nacionais e internacionais como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Hipertensão, entre outros. Foram consultadas também, as bases de dados da LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), além de artigos publicados em periódicos nacionais. Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores: atenção primária à saúde, hipertensão arterial, avaliação de risco, estratégia saúde da família.

Após serem identificados e analisados os problemas fundamentais de saúde da área de abrangência da Equipe de Saúde da UBS Lagoa dos Mandarins, por meio do diagnóstico situacional de saúde, mediante o processo de estimativa rápida, utilizou-se também o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a elaboração de projeto de intervenção. O problema prioritário escolhido pela equipe foi a diminuição dos fatores de risco entre os portadores de hipertensão arterial, com intuito de prevenir suas complicações. Desta forma elencaram-se dados que refletem as condições e especificidades locais. Para realizar a Estimativa Rápida utilizaram-se como fonte as consultas, visitas e conversa com os grupos do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), além da própria observação cotidiana da equipe. A partir destas informações, utilizando a metodologia do PES foi definido junto com a Equipe de Saúde o projeto de intervenção (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 – Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

A Sociedade Brasileira de Cardiologia define a hipertensão arterial (HA) como uma [...] “condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Geralmente a HA encontra-se associada a distúrbios metabólicos que produzem alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo. Esta situação pode ser agravada devido a presença de outros fatores de risco, tais como: dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (WEBER *et. al.*, 2014; LEWINGTON, 203 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 1).

Segundo Scala, Magalhães e Machado (2015) 32,5%, ou seja, 36 milhões de brasileiros adultos e mais de 60% dos idosos são hipertensos e contribuem, seja de maneira direta ou indireta, para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), ocorreram 1.138.670 óbitos no Brasil no ano de 2013, sendo que 339.672 (29,8%) tiveram as DCV como a principal causa de morte. Ainda, segundo o autor,

[...] As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 1).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão tem destacado a alta prevalência da doença e para as suas baixas taxas de controle, por isso é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública na qual os principais fatores de risco (FR) podem ser modificáveis. Destaca ainda, “[...] que a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 8).

Embora tenha havido tendência à diminuição da prevalência da hipertensão arterial nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0% (PICON, *et al.*, 2012) ainda existe uma alta prevalência. No estudo longitudinal, denominado Elsa, realizado com

15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras apontou uma prevalência de HA em 35,8%, com predomínio de 40,1% entre homens e 32,2% entre as mulheres (CHOR, *et al*, 2012).

Ainda de acordo com o VIGITEL (BRASIL, 2015), no período de 2006 a 2014 os dados coletados apontaram que “[...] a prevalência de HA autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%, respectivamente, sem diferenças em todo o período analisado, inclusive por sexo”

O estudo realizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2014, p. 47) denominado Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, apontou que

[...] 4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (4,4%) que na área rural (3,0%). As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram estimativas da proporção de pessoas que referiram diagnóstico médico de alguma doença do coração equivalente estatisticamente ao nível nacional: 5,0%, 5,4% e 4,6%, respectivamente. As Regiões Norte e Nordeste apresentaram estimativas menores do que a média nacional: 2,0% e 2,7%, respectivamente.

Com relação ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) a PNS demonstrou que, 1,5% (2,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade) da população relatou ter recebido diagnóstico de AVC ou derrame. O valor estimado para as áreas urbano e rural foram respectivamente 1,6% e 1,0%, não havendo diferenças estatísticas significativas por Grandes Regiões, ou seja, variou de 1,4% no sudeste a 1,7% no Nordeste (BRASIL, 2014).

O estudo realizou também, a medição da PA utilizando aparelhos semi-automáticos digitais, calibrados de moradores escolhidos por meio de sorteio. Desse modo, três medidas de PA foram realizadas com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas e inseridas em smartphone. Como reavultado, verificou-se que 22,3% apresentaram PA $\geq 140/90$ mmHg, com maior predomínio entre os homens (25,3%) em relação as mulheres (19,5%). Houve uma variação de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, e com maior predomínio na área urbana, 21,7%, em relação à rural, 19,8% (BRASIL, 2014).

Embora existam tratamentos disponíveis para a população no Sistema Único de Saúde, estudos apontam que existe ainda um baixo controle da doença, atingindo cerca de 19,6% (Duarte *et al.*, 2009; Liu *et al.*, 2009 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Segundo os autores, essas taxas podem estar superestimadas, principalmente por conta da heterogeneidade da realização dos trabalhos.

Ao se comparar, respectivamente, as frequências de controle da doença do Brasil com 44 estudos de 35 países verificou-se

[...] 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 Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (Chiong, *et al.*, 2008; Duarte *et al.*, 2009, *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana de Saúde, 2014 - 2019 (OPAS, 2014, p. 68) foram priorizadas várias doenças não transmissíveis, dentre elas, as doenças cardiovasculares, com ênfase na hipertensão. Neste sentido, foi dispensada “[...] atenção especial aos fatores de risco comuns como o consumo de tabaco, o consumo prejudicial de álcool, a má alimentação, o consumo de sal, o sedentarismo e a obesidade”.

Ainda, segundo o autor

[...] Mais de 75% de todas as mortes na Região das Américas são causadas por DNT, que, em grande medida, são altamente passíveis de prevenção e podem ser controladas por meio de políticas e regulamentações públicas, serviços de saúde e intervenções nos estilos de vida (OPAS, 2014, p.69).

O autor relata também, que serão indispensáveis intervenções em outros setores do governo, como agricultura, educação, transporte, trabalho, meio ambiente e comércio, além do setor saúde, tendo em vista que a epidemia das DNT tem sido estimulada pela globalização, urbanização, tendências demográficas e condições socioeconômicas (OPAS, 2014).

Por isso, é necessário que se estabeleçam políticas e se organizem os serviços para que se possa atuar no sentido de reduzir os principais fatores de risco e incentivar a promoção da saúde nas comunidades, nos locais de trabalho, além das escolas e em outros ambientes (OPAS, 2014).

Para tal, é fundamental que se fortaleçam os sistemas e serviços de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária, objetivando à triagem, a detecção precoce e administração das DNT e dos seus fatores de risco. Deve-se também, assegurar o acesso a medicamentos, a tecnologias e atenção de boa qualidade e continuada (OPAS, 2014).

4.2 Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica e formas de prevenção e controle

Em 2011, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que definiu e priorizou as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos.

Para o autor, dentre os fatores de risco se destacam os baixos níveis de atividade física (no lazer) da população adulta (15%), o baixo consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana (18%). Além disso, os brasileiros consomem alimentos com elevado teor de gordura (34%), e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, contribuindo assim, para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que tem atingido respectivamente, 48% e 14% dos adultos (BRASIL, 2011).

Com relação a idade, verifica-se a existência de “[...] uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira”, atualmente 74,9 anos”. Desse modo, houve um aumento de 6,7% para 10,8% na população de idosos ≥ 60 anos de 2000 a 2010, apontando 68% de prevalência de HA em meta-análise de estudos realizados no Brasil com 13.978 de idosos (IBGE, 2010 e PICON *et al.*, 2013 citados pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 3).

Em janeiro de 2017, o IBGE publicou a nova Tabela de Expectativa de Sobrevida do cidadão brasileiro, cuja média passou dos atuais 75,2 anos para 75,5 anos de idade. A análise por sexo apontou que a expectativa de sobrevida dos homens passou de 71,6 anos para 71,9 anos e, para as mulheres, de 78,8 anos para 79,1 anos (BRASIL, 2016b).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem sido o estilo de vida. Em especial, os hábitos e atitudes que contribuem para o aumento do peso corporal, com destaque para o aumento da obesidade visceral. Entre esses hábitos encontra-se o consumo energético elevado, aliado a deficiência de nutrientes, tendo em vista a utilização excessiva de alimentos industrializados (BRASIL, 2001; REZENDE, 2006).

Desse modo, a alimentação inadequada tem sido associada de maneira indireta a um maior risco cardiovascular, que por sua vez, está relacionado a outros fatores de risco, tais como: como obesidade, dislipidemia e HAS. Com a modificação da dieta é possível observar benefícios sobre a PA, em especial a redução do consumo “[...] de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio” (BRASIL, 2013, p. 83).

O consumo diário de sal deveria ser de no máximo 2,0 g/dia para que houvesse diminuição dos níveis pressóricos. O consumo diário de sal dos brasileiros tem sido em média 11,4 g/dia, grande parte dele proveniente de alimentos industrializados, o seu combate torna-se um desafio para os profissionais de saúde (BRASIL, 2011b).

Segundo a Dieta apropriada para parar a hipertensão (DASH) um cardápio saudável deve conter a ingestão de

“[...] frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Ela é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada” (APPEL L.J *et al.*, 1997; SACKS F.M. *et al* 2001 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 30).

Outras dietas como a mediterrânea e a vegetariana também se mostraram eficazes na redução da pressão arterial, mesmo com o aumento da ingestão de azeite na primeira. Além disso, a utilização de ácidos graxos monoinsaturados (Ômega 3), a ingestão de fibras, oleaginosas, laticínios e vitamina D e alho também podem contribuir para a redução da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), promover um estilo de vida mais ativo pode ser uma importante estratégia para que os indivíduos possam melhorar os seus padrões de saúde resultando em mais qualidade de vida. Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS (BRASIL, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p.31) existe diferença entre atividade física e exercício físico. O primeiro “[...] refere-se a qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético, o que inclui andar na rua, subir escada, fazer trabalhos físicos domésticos, fazer práticas físicas de lazer”. O segundo implica a realização de atividade física de forma estruturada, organizada e com objetivo específico. Por isso, o desenvolvimento de “[...] atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa”.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) ocorre um efeito denominado hipotensão pós-exercício, assim, pode acontecer uma diminuição uma redução média da pressão arterial da ordem de 5 a 7 mmHg, após uma sessão de exercício aeróbico, como por exemplo, uma caminhada. Esse efeito poderá durar por até 22 horas, independente da intensidade da atividade. Se a atividade física for realizada de maneira regular, com intensidade moderada, variando entre 4 e 52 semanas no tempo de seguimento e com duração de 30 a 60 minutos, pode haver uma redução média da pressão arterial de 5,8 – 7,4mmHg, segundo Baster; Baster-Brooks (2005 *apud* BRASIL, 2013).

Dessa maneira, a equipe de Atenção Básica com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pode utilizar os recursos disponíveis para o desenvolvimento de ações de prática de atividade física. Além disso, podem

organizar grupos de atividades físicas nas Unidades Básicas de Saúde, bem como ajudar na avaliação de lesões de órgãos-alvos e contribuir na reabilitação e retorno dos indivíduos nas atividades do dia a dia (BRASIL, 2013).

Outro fator de risco a ser combatido é o uso de bebidas alcoólicas. Seu consumo crônico e elevado pode aumentar a PA de maneiras consistente. Assim, um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool pode elevar a PA em 1 mmHg, porém, a diminuição da ingestão produz a diminuição da PA. Por isso, é recomendado o consumo moderado de álcool (FAN; LI Y; BALLUZ, 2013; TAYLOR *et al.*, 2009; XIN *et al.*, 2001, *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

Com relação ao tabagismo, a fumaça do cigarro ocasiona o aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca, que se mantém elevadas por cerca de 15 minutos. Assim, a fumaça de tabaco constitui fator de risco cardiovascular já bem demonstrado, e parar de fumar pode ser considerada a mudança no estilo de vida mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, por exemplo, em especial o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio. Por isso, todo empenho da Equipe de Saúde no sentido de refletir com a população os danos produzidos pelo tabaco pode ser muito eficaz no controle da HÁ e outras doenças (BRASIL, 2013).

O trabalho da Equipe de Saúde da Família deve ser focado no sentido de organizar a linha de cuidado da hipertensão arterial sistêmica, cuja finalidade é fortalecer e qualificar a atenção ao indivíduo com essa patologia, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os seus pontos de atenção (BRASIL, 2013).

5 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA UBS LAGOA DOS MANDARINS / DE DIVINÓPOLIS

A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIM SAÚDE), que propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária por meio do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A meta final para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100% (DIVINÓPOLIS, 2014).

O Sistema de referência e contra referência se faz por meio de ficha de referência e contra referência dos usuários encaminhados às especialidades: Redes de Média e Alta Complexidade (Diretoria de Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial; Diretoria de Urgência e Emergência: Rede de Urgência e Emergência - UPA/Hospital; Diretoria de Regulação em Saúde); Rede de Atenção de Assistência Odontológica; Rede de Atenção em Reabilitação Física; Rede SERDI-PIPA (Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual; Programa de Intervenção Precoce e Avançado); Rede de Atenção Materno-Infantil (obstetrícia); Rede de Alta Complexidade em Oncologia; Rede de Alta complexidade em Nefrologia; Rede de Alta complexidade em Cardiologia; Rede de Alta complexidade em Oftalmologia; Rede de Alta complexidade em Neurologia e Neurocirurgia. No município existem 33 Unidades Básicas de Saúde e 40 Equipes de Saúde da Família.

A comunidade de Lagoa dos Mandarins conta com um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI), lojas, farmácia, duas igrejas, além dos serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios. A comunidade conta com serviço de luz elétrica em 100% de seu território, assim como, serviço de água, telefonia e transporte urbano, não possui serviço bancário.

A UBS Lagoa dos Mandarins possui uma equipe de ESF e encontra-se localizada na Rua Rio Mariana, número 121, no Bairro Lagoa dos Mandarins. A principal via de acesso é pela rodovia MG 050.

A UBS Lagoa dos Mandarins possui 1872 pessoas cadastradas, pertencentes a 628 famílias distribuídas em 03 microáreas. No Quadro 1 é demonstrado a totalidade da população cadastrada de acordo com a faixa etária e sexo.

Quadro 1 - População cadastrada na UBS Lagoa dos Mandarins por faixa etária e sexo

Faixa Etária e Sexo											
Idade	<1	1 a 4	5 a 9	10 a	15 a	20 a	30 a	40 a	50 a	> 60	Total
Sexo				14	19	29	39	49	59		
Masculino	5	60	75	69	86	149	174	142	89	80	929
Feminino	6	52	73	82	70	125	182	158	116	79	943
Total	11	112	148	151	156	274	356	300	205	159	1872

Fonte: IBGE (2015).

A equipe de saúde atende uma população total de 1872 pacientes. Dos quais 943 são mulheres (50.3%) e 929 são homens (49.6%), segundo dados do 2015). Do total da população 578 são menores de 20 anos (38.8 %), 1135 estão entre 20-59 anos (60.6%) e 159 são maiores de 60 anos (8.4%). Verifica-se um número significativo de pessoas na faixa etária entre 20 a mais de 60 anos (69%) da população e que constitui alvo desta proposta de intervenção. A área de abrangência da UBS tem como situação social, na sua maioria, pessoas de classe média baixa, sendo que a maior parte tem o primeiro grau completo.

Os recursos humanos da UBS são 10 funcionários, sendo: 2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 Técnico de Enfermagem, 1 Enfermeiro, 1 Enfermeira residente, 1 Médico da ESF, 1 Dentista, 1 Assistente de Saúde Bucal, 1 Fisioterapeuta (uma vez por semana) e 1 Auxiliar de Serviços Gerais (duas vezes por semana). Com a exceção dos horários especificados anteriormente, o restante dos funcionários cumprem carga horária das 07:00 às 17:00 h, de segunda a sexta feira.

A UBS conta com a seguinte área física: 1 sala de vacinas, 1 consultório de enfermagem, 1 consultório médico, 01 consultório odontológico, 01 escovódromo, recepção e sala de espera, espaço para pós consulta, 01 banheiro para usuários, área privativa para servidores, com cozinha e banheiro, 01 sala de arquivo morto e o quintal. A unidade não possui uma estrutura física adequada, pois funciona em uma casa alugada. A casa, por sua vez, não tem espaço para todos, sendo um pouco pequena, o que dificulta bastante à organização do trabalho, já que tem dias que a enfermagem não conta com uma sala para o atendimento.

A equipe trabalha com território definido e é responsável pelo cadastro e o acompanhamento da população adstrita a esta área. O cadastramento é realizado por meio de visitas domiciliares no território e contém a identificação dos componentes familiares, a morbidade referida, condições de moradia, saneamento e condições ambientais.

A UBS Lagoa dos Mandarins oferece a população adstrita vários tipos de procedimentos, dentre eles: consulta de clínica médica, consulta de enfermagem, visitas domiciliares, puericultura, exame preventivo, acompanhamento pré-natal, consulta à pessoa com hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) e atendimento odontológico. Oferece também, diversos procedimentos técnicos, tais como: imunização, curativo, retirada de pontos, teste do pezinho, glicemia capilar, aferição de pressão arterial, medidas antropométricas entre outras.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Ao realizar o diagnóstico situacional com a equipe do PSF Lagoa dos Mandarins, alguns fatores dificultadores para o processo de trabalho foram avaliados. A proposta de intervenção foi desenvolvida utilizando-se como referencia os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional conforme proposto no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

6.1 Primeiro Passo: definição dos problemas.

Os problemas mais citados pela Equipe de Saúde após a realização da Estimativa Rápida foram:

- 1- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- 2- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- 3- Alta incidência de dislipidemias.
- 4- Maus hábitos dietéticos.
- 5- Elevado número de pacientes tabagistas.
- 6- Alta incidência de Doenças Mentais.
- 7- Alta incidência de Doenças Respiratórias.
- 8- Alta incidência de Doenças Dermatológicas.

6.2 Segundo Passo: priorização de problemas

Depois de identificados e analisados os problemas fundamentais no diagnóstico situacional de saúde na UBS Lagoa dos Mandarins em Divinópolis, mediante o processo de estimativa rápida, apresenta-se no Quadro 2, os principais problemas identificados na UBS Lagoa dos Mandarins, com classificação do nível de prioridade. A estimativa rápida possibilitou obter informações sobre os principais problemas de saúde de maneira rápida, com poucos gastos e com a participação da comunidade

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados na UBS Lagoa dos Mandarins/Divinópolis

UBS Lagoa dos Mandarins.		Priorização dos Problemas		
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus.	Alta	9	Parcial	1
Alta incidência de Dislipidemias	Alta	8	Parcial	2
Maus hábitos dietéticos.	Alta	7	Parcial	3
Elevado número de pacientes tabagistas .	Meia	5	Parcial	4
Alta incidência de Doenças Mentais.	Meia	5	Parcial	4
Alta incidência de Doenças Respiratórias.	Meia	5	Parcial	4
Alta incidência de Doenças Dermatológicas	Meia	4	Parcial	5

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Lagoa dos Mandarins.

A partir da priorização dos problemas, a equipe de saúde pôde observar que alguns dos problemas enumerados ocorriam devido a existência de outros, como por exemplo: os maus hábitos dietéticos, alta incidência de dislipidemia e elevado número de tabagistas, além da falta de atividade física.

1.2.3 Terceiro Passo: descrição do problema selecionado.

A equipe definiu a Alta prevalência de Hipertensão Arterial como o problema prioritário, depois de constatar se que mais do 25% da população maior de 15 anos sofre da doença, além disso, constitui uma das causas mais frequentes de assistência a consulta médica.

Considero muito importante avaliar este problema porque de maneira geral é uma doença com uma alta prevalência no país, o que ocorre também em minha área de abrangência. Como já destacado anteriormente, a HAS é uma doença crônica e um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Além

disso, pode ter consequências e incapacidades para a pessoa e é uma das principais causas de morte no Brasil, e também no mundo. Por ser uma doença assintomática ela constitui um problema que deve ser pesquisado e investigado sistematicamente. Em minha população os fatores de risco que tem influência na aparição da HAS são muito frequentes, tais como: excesso de peso, hábitos alimentares não saudáveis, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo.

1.2.4 Quarto Passo: explicação do problema

Como destacado anteriormente, 36 milhões de brasileiros adultos e mais de 60% dos idosos são hipertensos (32,5%) e acabam contribuindo com 50% das mortes por doença cardiovascular, seja de forma direta ou indireta (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015). Por isso, a HAS constitui um dos problemas fundamentais de nossa área de abrangência, que apresenta também, um elevado número de fatores de risco devido aos costumes e estilos de vida, por isso decidimos fazer este trabalho e com ele, buscar modificar e diminuir a doença em nossa comunidade.

1.2.5 Quinto Passo: seleção dos nós críticos.

Os "nós críticos" considerados do problema priorizado pela equipe foram:

- Educação em saúde insuficiente sobre a Hipertensão Arterial.
- Abandono do tratamento pela população hipertensa.
- Inadequados hábitos e estilo de vida da população hipertensa.
- Estrutura inadequada do serviço de saúde para realização de exames, consultas especializadas e para o fornecimento de medicamentos.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema relacionado a alta incidência e prevalência da HAS na população.

Nos quadros 3 a 7 são apresentadas as operações, os projetos, os resultados esperados, os produtos esperados, os atores sociais / responsabilidades, recursos necessários, recursos críticos/ viabilidade, as ações estratégicas de motivação, os responsáveis, o cronograma / prazo e a gestão, acompanhamento e avaliação de cada um dos 5 nós-críticos descritos acima.

Quadro 3 – Enfrentamento do nó crítico “Educação em saúde insuficiente sobre a Hipertensão Arterial” pela população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Lagoa dos Mandarins, em Divinópolis, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Educação em saúde insuficiente sobre a Hipertensão Arterial.
Operação	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial.
Projeto	Saber +
Resultados esperados	População com mais conhecimento sobre Hipertensão Arterial.
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde e toda população hipertensa cadastrada.
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda e espaço físico. Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Financeiro: aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. Político: articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Financeiro e Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Divinópolis e Secretaria de Educação Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover Educação em Saúde por meio de Grupos Operativos e divulgação através dos meios de comunicação.
Responsáveis:	Noraida Lugo Falcon juntamente com ESF Lagoa dos Mandarins
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	* Noraida Lugo Falcon. * Equipe Saúde da Família – Lagoa dos Mandarins.

Quadro 4 – Enfrentamento do nó crítico “Abandono do tratamento pela população hipertensa” sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa dos Mandarins, em Divinópolis, Minas Gerais

Nó crítico 2	Abandono de tratamento pela população hipertensa
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS
Projeto	Saber + Saúde
Resultados esperados	População mais informada sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde e toda população hipertensa cadastrada.
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda; Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Financeiro: aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social
Recursos críticos	Financeiro e Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Divinópolis e Secretaria de educação. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover Educação em Saúde por meio de Grupos Operativos e divulgação através dos meios de comunicação.
Responsáveis:	Noraida Lugo Falcon juntamente com ESF Lagoa dos Mandarins
Cronograma / Prazo	Início em quatro meses e término em seis meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	* Noraida Lugo Falcon. * Equipe Saúde da Família – Lagoa dos Mandarins.

Quadro 5 – Enfrentamento do nó crítico “Inadequados hábitos e estilo de vida da população hipertensa” sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa dos Mandarins, em Divinópolis, Minas Gerais .

Nó crítico 3	Inadequados hábitos e estilo de vida da população hipertensa
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	+ Saúde
Resultados esperados	Diminuir 20% do numero de tabagistas e obesos
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre a importância de modificar hábitos e estilo de vida; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde e toda população hipertensa cadastrada.
Recursos necessários	Estrutural: para caminhadas e espaço físico para atividades físicas. Cognitivo: informação de estratégias; conhecimento sobre o tema. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede;
Recursos críticos	Financeiro e Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Divinópolis e Setor de Comunicação Social Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover Educação em Saúde por de Grupos Operativos, Grupos de Caminhada e de ginástica; divulgação através dos meios de comunicação.
Responsáveis:	Noraida Lugo Falcon juntamente com ESF Lagoa dos Mandarins
Cronograma / Prazo	Início em três meses e término em doze meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	* Noraida Lugo Falcon. * Equipe Saúde da Família – Lagoa dos Mandarins.

Quadro 6 – Enfrentamento do nó crítico “Estrutura inadequada do serviço de saúde para realização de exames, consultas especializadas e para o fornecimento de medicamentos” para os hipertensos sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa dos Mandarins, em Divinópolis, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Estrutura inadequada do serviço de saúde para realização de exames, consultas especializadas e para o fornecimento de medicamentos.
Operação	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com HAS
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados esperados	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos Hipertensos, bem como de consultas especializadas. Garantia de fornecimento contínuo dos medicamentos básicos.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos
Atores sociais/ responsabilidades	Perfeita municipal de saúde, Secretária municipal de saúde, Fundo nacional de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: organização dos serviços de saúde Cognitivo: elaboração adequada da estratégia e informação Financeiro: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Recursos críticos	Financeiro e Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Perfeita municipal de saúde, Secretária municipal de saúde, Fundo nacional de saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede.
Responsáveis:	David D` Oliveira. Mary Alves Sant Anna
Cronograma / Prazo	Início em quatro meses e término em doze meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	* Noraida Lugo Falcon. * Equipe Saúde da Família – Lagoa dos Mandarins.

Quadro 7 – Enfrentamento do nó crítico “Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema relacionado a alta incidência e prevalência de HAS na população”, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lagoa dos Mandarins, em Divinópolis, Minas Gerais.

Nó crítico 5	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema relacionado a alta incidência e prevalência da hipertensão arterial na população.
Operação	Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes Hipertenso
Projeto	Linha de Cuidado
Resultados esperados	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos
Produtos esperados	Linha de cuidado para atenção a Hipertensos; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Perfeita Municipal, Secretária Municipal de Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: adequação de fluxos. Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos com articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiro: Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Estrutural e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Perfeita Municipal, Secretária Municipal de Saúde, Fundo Nacional de saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede.
Responsáveis:	David D` Oliveira. Mary Alves Sant Anna
Cronograma / Prazo	Início em três meses e término em doze meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	* Noraida Lugo Falcon. * Equipe Saúde da Família – Lagoa dos Mandarins.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com este trabalho de intervenção, com a participação da Equipe ESF da UBS Lagoa dos Mandarins, da população da área de abrangência, das Secretarias de Saúde e de Educação do município Divinópolis/MG, possa contribuir para a redução do número de pacientes hipertensos descompensados na área de abrangência, num período mínimo de 6 meses.

Pretende-se também, corroborar com modificações no estilo de vida dos usuários estudados, com redução do excesso de peso, a ingestão prolongada de álcool, tabagismo, incrementar a prática de atividade física, melhorar os hábitos alimentares e de vida e, com eles, diminuir os fatores de risco e complicações da HAS. Desse modo, pretende-se que a população possa alcançar um padrão de vida mais saudável, que repercuta na qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001 **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em 15 abr, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acesso em: 05 de maio 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro; 2011b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf> Acesso em 17 de maio 2017.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013** – Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> Acesso em: 05 de maio de 2017.

BRASIL. Vigitel Brasil 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [Internet]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>. Acesso em 05 de maio 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **IBGE cidades**. Brasília: IBGE, 2016a. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/divinopolis/panorama>. Acesso em: 16 set. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro 2016b. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf . Acesso em: 17 de maio de 2017.

CAMPOS, C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

CHOR D., *et al.* Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**.10(6), 2015. Disponível: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127382> Acesso em 05. Maio, 2017.

DIVINÓPOLIS. Consorcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica. **História de Divinópolis – MG**. Divinópolis, 2011. Disponível em: http://www.cisvi.com.br/Materia_especifica/9118/Historia-de-Divinopolis-MG . Acesso em: 28 de set. de 2016.

DIVINÓPOLIS. Prefeitura de Divinópolis. **Plano Municipal de gerenciamento integrado de resíduos sólidos contratada**: estudo de concessão do sistema de limpeza urbana e destinação final. Divinópolis: Prefeitura Municipal de Divinópolis, maio/2013. Disponível em: http://www.divinopo.instarservidor.com.br/arquivos/39_planmungerintresidsolidos.pdf . Acesso em: 02 de out. 2016.

DIVINÓPOLIS. Câmara Municipal de Divinópolis. **Economia: crescimento acelerado**. Divinópolis: Câmara Municipal de Divinópolis, s/d. disponível em: <http://www.divinopolis.mg.leg.br/index.php/sobre-divinopolis/economia> . Acesso em: 28 de set. de 2016.

DIVINOPOLIS. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde**. Divinópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE. **Plano estratégico da Organização Pan Americana de Saúde, 2014-2019**. Washington, DC: OPAS, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Suelene/Ben%C3%A7%C3%A3os%20de%20Deus/A%20OPAS.%20OMS/Plano%20Estrat%C3%A9gico%20OPS%202014-2019.pdf> . Acesso em: 05 de maio 2017.

REZENDE, F. A.. C. *et al.* Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/08.pdf> . Acesso em: 17 de maio 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, nº 3, Suple. 3, Set., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/pt_0066-782X-abc-107-03-s3-0000.pdf . Acesso em: 05 de maio de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**. Jan., Fev. e Mar. de 2010, Ano 13, Volume 13, Número 1. Disponível em: http://www.sbh.org.br/ipad/pdf/revista_hipertensao/2010/revista_hipertensao_1_2010.pdf . Acesso em: 21 de mar. 2017.

SCALA, L.C.; MAGALHÃES, L.B.; MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A.V. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2015. p. 780-5.

PICON R.V., *et al.* Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with metaanalysis. **PLOS** One. 7(10), 2012. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048255> . Acesso em 05. de maio, 2017.