

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

**BÁRBARA DE SOUZA RIDOLFI**

**MAPA DE SOLUÇÕES DA ESTRATEGIA SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA “CAMINHANDO COM A SAÚDE”**

Ipuiuna - MG

2014

**BÁRBARA DE SOUZA RIDOLFI**

**MAPA DE SOLUÇÕES DA ESTRATEGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA “CAMINHANDO COM A SAÚDE”**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Rita Rodrigues

Ipuiuna - MG

2014

**BÁRBARA DE SOUZA RIDOLFI**

**MAPA DE SOLUÇÕES DA ESTRATEGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA “CAMINHANDO COM A SAÚDE”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Rita  
Rodrigues

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Aprovada em Alfenas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

*“Somos uma equipe holística, não somos especialistas  
em doenças, mas sim em pessoas!”*

## AGRADECIMENTOS

**A** Equipe Saúde da Família “Caminhando com a Saúde” PELA COLABORAÇÃO na realização deste trabalho.

William José Mendonça Sarpa Rodrigues

Rosemary Amaral Santos

Ana Paula Franco

Isabela Nadur Figueiredo

Pâmela Roberta Pires

Rafael Donizete Lima

Antonio Ramiro Dias Silva

Tatiane Cristina Franco

Cibely Cristina Soares Melo

Andreza de Cássia Gonçalves

Thomás Felipe de Moraes Freitas

**Ao** Tio João Bosco, pelo empréstimo do carro, o que possibilitou este trabalho.

**A** Tia Waldene, que todos os dias de aulas acordou de madrugada para me levar de Ipuina a Campos Gerais ou Alfenas.

**Às** Primas Paolla e Palloma, que nunca me deixaram desistir deste trabalho.

## Resumo

A pesquisa realizada na área de abrangência da ESF “Caminhando Com a Saúde” partiu do pressuposto que, apesar das várias divulgações a respeito da hipertensão artéria sistêmica (HAS) e seus fatores de risco e a importância da consulta trimestral para controle e renovação de receita, as pessoas portadoras dessa enfermidade, ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com a mesma e que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais. O presente estudo apresenta, em sua primeira parte, um histórico sobre a HAS, seus fatores de risco, o tratamento e a responsabilidade da equipe de saúde; em sua segunda parte expõe a metodologia da pesquisa e na terceira parte, situa a HAS dentro da área de abrangência da ESF “Caminhando Com a Saúde”. Através desta pesquisa, observamos ainda que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos de vida saudável do paciente e seu tratamento medicamentoso, mas também com a conscientização sobre a enfermidade e às comorbidades relacionadas. Deve-se enfatizar o trabalho de conscientização e de orientação do uso correto de medicações conforme prescrição, desenvolvida pela ESF “Caminhando Com a Saúde” e da importância da consulta trimestral.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial, fatores de risco, tratamento, ESF.

## **Abstract**

The research conducted in the area covered by the ESF “Caminhando com a Saúde” presupposed that despite various disclosures about the systemic artery pressure (hypertension) and its risk factors and the importance to control the quarterly consultation and renewal revenue, people carriers of this disease still presents serious difficulties in dealing with the same and that these difficulties are due to cultural and social issues. This study presents, for the first part, a history of hypertension, its risk factors, treatment and accountability of the healthcare team; in its second part outlines the research methodology and the third part, located SAH within the area covered by the ESF “Caminhando com a Saúde”. Through this research, we also observed that blood pressure control is not only related to healthy lifestyles the patient and his drug treatment, but also with awareness of the disease and related comorbidities. Should emphasize the work of awareness and guidance of the correct use of medications as prescribed, developed by ESF “Caminhando com a Saúde” and the importance of quarterly consultation.

Keywords: Hypertension, Risk factors, Treatment, ESF.

## Sumário

1. Introdução.....	10
2. Objetivos .....	11
3. Referencial teórico.....	12
3.1 A hipertensão arterial e seus fatores de risco.....	12
3.2 Diagnóstico, avaliação e medidas da hipertensão arterial.....	15
3.3 Fatores predisponentes da hipertensão arterial.....	20
3.4 Objetivos e metas referentes ao tratamento da hipertensão arterial.....	22
3.5 Responsabilidade da ESF Caminhando com a Saúde.....	25
4. Procedimentos metodológicos.....	28
4.1 Territorialização da unidade Básica de Saúde da família caminhando com a saúde.....	28
4.2 Aspectos gerais do município de Ipuina MG.....	28
4.3 Estrutura física da Saúde pública da ESF Caminhando com a Saúde.....	29
4.4 Aspecto demográfico.....	30
4.5 Aspecto ambientais.....	30
4.6 Aspecto socioeconômico.....	31
4.7 Aspecto epidemiológico.....	32
4.7.1 Hospitalização.....	32
4.7.2 Morbidades referidas.....	33
4.7.3 Mortalidade.....	33
4.8 Indicadores de cobertura.....	34
4.9 Produção da equipe de saúde.....	35
4.10 Recursos de Saúde.....	36
4.11 mapeamento de instituições e projetos na comunidade de Ipuina.....	37
4.12 Síntese da entrevista com os informantes-chave.....	38
a. Observações ativas.....	38
b. Principais problemas identificados.....	39
5. Resultados.....	40
5.1 O dia na ESF “Caminhando com a Saúde”.....	40
5.2 A hipertensão arterial na área de abrangência da ESF “Caminhando com a Saúde.....	41
5.3 Hipertensão arterial e o sedentarismo na área de abrangência da ESF “Caminhando com a Saúde”.....	42



5.4. Hipertensão arterial e a não adesão ao tratamento na área de abrangência da ESF "Caminhando com a Saúde".....	44
5.5 Hipertensão arterial e hábitos alimentares inadequados na área de abrangência da ESF "Caminhando com a Saúde".....	46
6. Conclusão.....	50
Bibliografia.....	52

## 1. Introdução

A experiência na área de saúde, na área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde, nos últimos anos, vem mostrando que, apesar das várias divulgações a respeito da hipertensão arterial e seus fatores de risco, as pessoas, portadoras dessa enfermidade ainda apresentam serias dificuldades em lidar com essa questão.

Partiu-se do pressuposto que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais e levam a vários fatores de risco, tais como a não adesão ao tratamento pelo paciente, a manutenção de hábitos alimentares inadequados, a não modificação no estilo de vida do paciente e a utilização da medicação.

Embora tenha sido possível levantar, intuitivamente, as possíveis causas do problema, considerou-se necessário o desenvolvimento de uma pesquisa sistemática sobre a questão.

Segundo Porto (2005), a hipertensão arterial é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico. O autor reforça, ainda, a ideia de que se trata de uma enfermidade que merece bastante atenção e cuidados. Porto (2005) ressalta ainda que a hipertensão arterial aparece isoladamente em apenas 30% dos casos. Isso quer dizer que, na maioria das vezes, ela está associada a outras condições denominadas fatores de risco, como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e diabetes.

São muitas as questões que rodam este tema. Contudo, o que nos interessa investigar é: qual o papel do portador de hipertensão arterial na melhoria de sua qualidade de vida? É possível desenvolver um trabalho de

intervenção que desperte nessas pessoas a consciência de que é preciso levar a sério o tratamento? Enfim, que lugar a equipe de saúde deve ocupar diante dos inúmeros casos de hipertensão arterial?

O estudo pretende mostrar que cada caso deve ser estudado com cuidado, pois, apesar de muitas vezes as pessoas apresentarem os mesmos problemas de saúde, elas são seres únicos, com uma história de vida particular e que se relacionam com o seu problema de maneira única e desvinculada de fórmulas prontas de sucesso.

Por se tratar de um estudo que visa o desenvolvimento das pessoas, através da interação com o outro e com o meio (no caso, a melhoria do quadro dos hipertensos da área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde) e levando-se em consideração a busca da melhoria de qualidade de vida.

## **2. Objetivo da Pesquisa**

A pesquisa tem como objetivo geral:

- Apresentar, através de uma revisão bibliográfica pertinente, o problema “hipertensão arterial” e alguns de seus fatores de risco, além de descrever tal problema na área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde.

A pesquisa tem como objetivos específicos:

- Oferecer subsídios para a continuidade de estudos nessa temática para a promoção e atenção à saúde.

- Determinar a relação entre hipertensão e fatores de risco comportamentais, sócio-demográficos e clínicos entre os indivíduos hipertensos.
- Conscientizar aos moradores da área de abrangência da ESF caminhando com a Saúde da importância do tratamento da enfermidade.
- Esclarecer as responsabilidades da equipe de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos do local.

Para alcançarmos os objetivos desta pesquisa serão utilizadas como base as principais teorias publicadas sobre os assuntos relativos ao tema escolhido.

### **3. Referencial Teórico**

#### **3.1 A hipertensão arterial e seus fatores de risco**

É sabido que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 2 (dois) milhões de mortes a cada ano, em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde (2001) apontam que, na década de 80, mais precisamente no ano de 1988, quase 60% das mortes em todo mundo foram provocadas por essas doenças. Outro dado lastimável indica que, em 2020, esse quadro pode se agravar, chegando a 73% das mortes provocadas pelas doenças crônicas-transmissíveis.

Trata-se de uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional. Ela tem se expandido mais, segundo levantamento do Ministério da Saúde, em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento. Esse fato pode ser comprovado já no ano de 1998, quando 77% das mortes

atribuídas às doenças crônicas não-transmissíveis ocorram nos países em desenvolvimento.

Nesse contexto, a hipertensão arterial aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não-transmissíveis, sendo responsável direta ou indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno.

O estudo de Melo Neto (2006) apresenta a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares conforme apontam os estudos de (Duncan et al, 1993) e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores sócio-demográficos, comportamentais e clínicos.

Segundo Rolim (2005), estima-se que 30% da população brasileira acima de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Trata-se de um dado preocupante, pois, tal enfermidade oferece riscos para o agravamento de outras doenças.

De acordo com o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, de 2002, elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (principal causa de risco de mortalidade na população brasileiro), contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional.

Este mesmo documento traz dados estatísticos que comprovam que a hipertensão afeta cerca de 11 a 20% da população adulta com mais de 20

anos. Outro dado importante indica que aproximadamente 85% dos pacientes que sofrem de acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada.

O documento do Ministério da Saúde “Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeita de Diabetes Mellitus”, de 2001, apresenta dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que comprovam que 40% das aposentadorias precoces do país são decorrentes do controle inadequado dos níveis de pressão arterial, que por sua vez acarretam graves complicações tais como a aterosclerose, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca congestiva.

Só em 2001, tais complicações resultam em um elevado índice de mortalidade de adultos, fato esse que pode ser comprovado através do Datasus (2001), que afirma que, nesse ano, 32% das mortes de adultos foram decorrentes desses agravos.

O mesmo documento supracitado do Ministério da Saúde aponta que a hipertensão arterial é responsável por 60% dos casos de infarto do miocárdio e por 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE).

A hipertensão arterial, conforme Porto (2005), é considerada uma síndrome que se caracteriza basicamente por aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico, quanto diastólico.

Em busca de novos conceitos a respeito da hipertensão arterial, deparamo-nos com a definição apresentada por SOUZA (1999). Para esse autor, a HAS é uma doença multifatorial e que possui curso assintomático e prolongado, sendo de detecção quase sempre tardia.

### **3.2 Diagnóstico, avaliação e medidas da hipertensão arterial**

Segundo Porto (2005), trata-se de uma enfermidade que vem atingindo uma parte significativa da população adulta, em todo o mundo. Tal enfermidade tem dado origem a um numero elevado de óbitos, decorrentes de diversos fatores, tais como acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio; o autor afirma ainda que a confirmação do diagnóstico da hipertensão arterial deve ser efetuada com mais de uma tomada de pressão, em mais de uma ocasião.

Para ele, um diagnóstico insatisfatório pode induzir à prescrição de terapêutica desnecessária ou prejudicial aos pacientes, considerando-se que qualquer numero para se definir pressão normal ou elevada é arbitrário e toda classificação é defeituosa. Segundo o mesmo, faz-se necessário o estabelecimento de determinados valores, com o intuito de uma sistematização. Afirma ainda que hoje se conhecem os valores dos níveis sistólico e diastólico como importantes fatores de risco para o aparelho cardiovascular e consideram-se para a definição de hipertensão arterial os níveis de pressão diastólica e sistólica.

No que se refere à investigação e diagnóstico na hipertensão arterial, Porto (2005, p.491) apresenta o seguinte roteiro como sugestão para tal. O roteiro proposto é o seguinte:

1. Obedecer sempre às normas e as recomendações quanto à posição do paciente e ao tipo de manguito, realizando sempre duas mensurações da pressão arterial com intervalo mínimo de 5 minutos

entre uma e outra. Se houver diferença significativa nesta avaliação inicial, repetir as mensurações 1 ou 2 dias depois.

2. Sempre que possível, colocar o paciente em dieta hipossódica e sem uso de medicamentos anti-hipertensivos durante 1 semana, para uma correta avaliação do grau de hipertensão (leve, moderada ou grave) e de forma evolutiva (benigna ou maligna).
3. Com os dados clínicos – sexo, idade, sintomas e sinais e evolução – complementados por exames laboratoriais – exame de urina, dosagem de eletrólitos, creatinina e glicose – procurar indícios de enfermidade renal, endócrina ou vascular que possa ser a causa de hipertensão arterial.
4. Avaliar as condições dos órgãos-alvo (coração, rins e cérebro), caracterizando a presença ou não de complicações.
5. Feito o diagnóstico de hipertensão arterial, o médico deve interpretá-la, compreendendo o paciente como um todo, ou seja, jamais ficar restrito às cifras tensionais considerando que elas sintetizam tudo o que o paciente possa ter.

No que refere à avaliação clínica da hipertensão arterial, o documento “Hipertensão e Diabetes”, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2007, afirma que essa deve ser criteriosa, com a finalidade de promover a classificação, diagnosticar a etiologia, avaliar os fatores de risco cardiovascular, além de avaliar a presença ou não de doença em órgãos-alvo ou doença cardiovascular clínica.

A medida de pressão arterial, segundo esse mesmo documento, deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes, de



ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados.

O documento em referência traz, ainda, outros dados extraídos do “V Diretrizes Brasileiras de hipertensão”, de 2006, relacionados à técnica para aferição da pressão arterial, que serão expostos em seguida. Para o preparo do paciente recomenda-se:

- Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo; evitar bexiga cheia;
- Não praticar exercícios físicos 60-90 minutos antes da aferição da pressão;
- Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- Não fumar até 30 minutos antes;
- Manter pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e relaxado;
- Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
- Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- Solicitar que o paciente não fale durante a medida.

Para um maior segurança no que se refere à medida da pressão arterial, é indicado que sejam realizadas pelo menos três medidas de pressão com intervalo de um minuto entre elas e a média das duas últimas será tomada como a pressão arterial do indivíduo, não devendo essa ser ultrapassado quatro mmHg de diferença entre as medidas. Caso isso ocorra, torna-se

necessário a realização de novas medidas, para a realização de um diagnóstico preciso e, para que não se incorra prejuízos ao possível portador dessa enfermidade.

O documento intitulado “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, de 2010, elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde, apresenta a seguinte classificação da pressão arterial.

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL		
Adulto Acima de 18 Anos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)		
Pressão diastólica	Pressão sistólica (mmHg)	Classificação
<80	<120	Ótima
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estagio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estagio 2)
≥110	≥180	Hipertensão grave (estagio 3)
<90	≥140	Hipertensão sistólica isolada

*Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010*

De acordo com os dados apresentados, são considerados portadores de hipertensão arterial, aqueles indivíduos que apresentam pressão diastólica acima de 90 mmHg e sistólica acima de 140 mmHg (acima de 18 anos). Essa mesma classificação pode ser vista no Caderno de Atenção Básica-Nº 15, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2006.

Segundo Porto (2005, p.488), os níveis pressóricos, em determinadas pessoas, podem sofrer variações, para mais ou menos, em curtos períodos de tempo, acarretando cifras acima dos valores normais. O autor acredita que os impactos emocionais podem ser fatores que desencadeiam esse transtorno e,

ao mesmo tempo, afirma que, em muitas ocasiões, isto pode ocorrer sem que haja qualquer fator desencadeante.

O Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, 2006, mostra que é preciso levar em consideração no diagnóstico da hipertensão arterial, os níveis tensionais e também o risco cardiovascular global, que é estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesão nos órgãos-alvo, além de comorbidades associadas.

Assim, percebe-se que a conduta correta, do ponto de vista diagnóstico, conforme Porto (2005), é fazerem-se avaliações periódicas, pois, com frequência, esses pacientes podem acabar desenvolvendo hipertensão arterial.

O autor classifica a hipertensão em primeiro ou essencial e secundária. A pesquisa aqui presente não tem por finalidade descrever cada uma delas, mas considerou-se necessário apresentar um breve histórico de cada uma e seus diversos fatores de risco, conforme mostra esse autor.

A classificação segue da seguinte forma:

- A. **Primária ou essencial:** é assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcoólicas.
- B. **Secundária:** neste tipo de hipertensão arterial, o mecanismo patogênico é bem conhecido, sendo muitas vezes consequência direta da isquemia renal, a qual põe em ação o sistema renina-angiotensina-aldosterona, responsável pela regulação do fluxo arterial pelos rins.

Ainda segundo Porto (2005), quando à evolução, a hipertensão arterial pode ser benigna ou maligna. A primeira evolui de forma lenta, apresentando níveis pressóricos pouco elevados, sem causar lesões em nível dos rins, do coração e do leito arteriolar, já a segunda apresenta uma evolução bastante rápida, com cifras tensionais muito elevadas e pressão diastólica acima de 140 mmHg com grande frequência, ocasionando assim graves complicações dos rins, coração, cérebro e olhos. O autor ressalta ainda que o valor prognóstico dos níveis tensionais pode ser pequeno, sendo mais importante a evolução e a presença de lesão em órgãos-alvo. Jardim et al (2007) revelam que estudos recentes apontam dados epidemiológicos brasileiros relativos ao risco cardiovascular ainda duvidosos. Isso porque, apesar desses dados já se mostrarem consistentes, partindo de estudos bem delineados e representativos, eles estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando dúvidas se as informações existentes podem representar o país como um todo.

### **3.3 Fatores predisponentes da hipertensão arterial**

Os estudos relativos às doenças crônicas não transmissíveis vêm apontando um crescimento epidêmico delas na maior parte dos países em desenvolvimento. São vários os determinantes desse crescimento. Dentre eles podemos citar um aumento na intensidade e na frequência da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças: a mudança na pirâmide demográfica, com número maior de pessoas alcançando as idades em que essas doenças se manifestam com maior frequência e o aumento da longevidade com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco.

O documento “Hipertensão e Diabetes”, da Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais, de 2007, traça um perfil epidemiológico e de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com esse documento, tais doenças são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco como tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da incidência destas e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da incidência destas doenças, mas também ao seu controle e à progressão, devendo, por isso, fazer parte da abordagem integral dos pacientes com doenças crônicas.

Na etiologia da HAS são apontados como fatores de risco a herança genética, os fatores sócio-ambientais resultantes do modo de vida, que envolvem hábitos culturais, como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, formas de trabalho, desgaste físico e estresse psicológico condicionados à vida cotidiana, além de hábitos alimentares inadequados. (Dressler et al, 1998), citado por Faria (2007, p. 19)

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), os fatores de risco para ocorrência de HAS podem ser classificados como modificáveis ou não-modificáveis. Dentre os não-modificáveis estão a idade, o sexo e a história familiar. Já entre os modificáveis estão o consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo.

De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, elaborado pelo ministério da Saúde, em 2002, o tratamento da HA inclui estratégias, tais como educação, modificação dos

hábitos de vida e uso de medicamentos. Para que o tratamento seja eficaz, é necessário que o paciente seja estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida, como a manutenção do peso adequado, a prática de atividade física, evitar o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas e gorduras saturadas. Esse plano indica que o tratamento dos portadores de HA deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes situações:

- Idade do paciente;
- Presença de outras doenças;
- Estado mental do paciente;
- Uso de outras medicações;
- Dependência de álcool ou drogas;
- Cooperação do paciente;
- Restrições financeiras.

#### **3.4. Objetivos e metas referentes ao tratamento da Hipertensão arterial**

O documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, apresenta uma meta de redução da pressão arterial. De acordo com ele, a pressão deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90 mmHg. A sua principal estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

Esse mesmo documento reforça a importância do diálogo para a melhoria do quadro dos hipertensos, afirmando que é fundamental diálogo com os portadores dessa enfermidade e, principalmente, ouvi-los, com a finalidade

de levantar o grau de conhecimento sobre suas condições de saúde os fatores que podem contribuir para a melhora ou piora do quadro atual.

Além disso, o diálogo, ao longo do tratamento, leva à motivação necessária para a adoção de estilo saudáveis de vida e para a adesão ao tratamento medicamentoso eventualmente instituído.

O documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, de 2007, apresenta algumas metas de valores de pressão arterial a serem obtidas com o tratamento, pois quando maiores os níveis pressóricos, maior o risco de complicações cardiovasculares e de lesões em órgãos-alvo e mais intensivo o tratamento. As metas são as seguintes:

<b>Categoria</b>	<b>Meta (no mínimo)*</b>
Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	<b>&lt;140/90</b>
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular alto	<b>&lt;130/85</b>
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular muito alto	<b>&lt;130/80</b>
Hipertensos nefropatas com proteinúria >1,0g/l	<b>&lt;120/75</b>
<b>*Se o paciente tolerar recomenda - se atingir com o tratamento valores de pressão arterial menores que os indicados como metas mínimas, alcançadas, se possível, os níveis da pressão arterial considerada ótima (≤120/80 mmHg)</b>	

*Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010*

O tratamento medicamentoso da hipertensão arterial tem por finalidade a redução da morbimortalidade e deve ser associado ao tratamento não medicamentoso, visando obterem-se níveis pressóricos abaixo de 140/90 mmHg.

De acordo com Melo Neto (2006), podem-se adotar eficientes medidas terapêuticas não farmacológicas para o tratamento da hipertensão arterial.

Entretanto, no Brasil e no mundo, baixos percentuais de controle da pressão arterial têm sido encontrados entre os portadores de hipertensão arterial.

Melo Neto (2006) faz um levantamento de estudos que apontam que diversas são as razões implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, tais como: o desconhecimento da condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos, a terapêutica inadequada, incapaz de promover o controle da pressão arterial, os gastos econômicos relacionados ao tratamento, etc.

De acordo com revisão literária é possível dizer que os portadores de hipertensão arterial desconhecem a enfermidade e que, quando diante do diagnóstico, a maioria não leva o tratamento a sério.

O insucesso terapêutico pela não adesão e consequente desconhecimento do plano terapêutico tem sido a causa mais frequente de hipertensão arterial resistente, sendo o fato confirmado na área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde através de nossas observações.

Como se pode observar, a hipertensão arterial é uma enfermidade que merece atenção e cuidado. Muitos estudos já se debruçaram sobre ela em busca de alternativas de solução, mas ainda há um longo caminho ara essa temática, com a finalidade de garantir uma melhoria na qualidade de vida dos hipertensos.

### **3.5 Responsabilidade da ESF “Caminhando com a Saúde”**



Segundo o documento da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, a equipe de saúde da família deve atuar de forma integral e com competências bem estabelecidas, na abordagem da hipertensão e do diabetes.

**Responsabilidade e ações estratégicas mínimas de atenção básica para o controle da hipertensão e do diabetes**

Responsabilidades	Atividades
<b>Diagnóstico dos casos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigação em usuários com fatores de risco</li> </ul>
<b>Cadastramento dos portadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentação e análise dos sistemas de informação</li> </ul>
<b>Busca ativa de casos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita domiciliar</li> </ul>
<b>Tratamento dos casos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento ambulatorial e domiciliar</li> </ul>
<b>Tratamento dos casos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento ambulatorial e domiciliar</li> <li>Educação terapêutica</li> <li>Fornecimento de medicamentos</li> <li>Curativos</li> </ul>
<b>Monitorização dos níveis de pressóricos e de glicose do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de exame dos níveis pressóricos e de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde</li> </ul>
<b>Diagnóstico precoce de complicações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações</li> <li>Realização ou referência para ECG</li> </ul>
<b>1º atendimento de urgência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1º atendimento às complicações agudas e outras intercorrências</li> <li>Acompanhamento domiciliar</li> </ul>
<b>Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agendamento do próximo atendimento</li> </ul>
<b>Medidas preventivas e de promoção da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ações educativas sobre condições de risco</li> <li>Ações educativas para prevenção de complicações</li> <li>Controle da PA, da Glicemia</li> <li>Ações educativas para auto-aplicação de insulina</li> </ul>

Fonte: Documento da Secretaria de Estado de Saúde, “hipertensão e Diabetes”, de 2007.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, organizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, dedicado à hipertensão arterial sistêmica, os profissionais de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle dessa enfermidade, tanto na definição do diagnóstico clínico quanto na conduta

terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e também nos esforços requeridos para informar e educar o portador de hipertensão arterial.

No que tange à remoção de fatores de risco, o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2001, acredita que essa é uma tarefa de competência da equipe de saúde na prevenção da HÁ e suas complicações. O tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de sal, e de bebidas alcoólicas devem ser controlados e o estímulo a uma alimentação saudável deve ser feito.

De acordo com o mesmo documento, a equipe de saúde deve:

- Realizar campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para HA;
- Programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário;
- Reafirmar a importância dessas medidas para as populações de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HA;
- Estimular a criação dos grupos de hipertensos com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento proposto.

Seguem as informações sobre os componentes da equipe de saúde e algumas de suas funções, conforme descritas no documento acima:

1. Agentes comunitários de saúde:

Deve esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de

20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeito de serem portadores de hipertensão; verificar se os pacientes hipertensos estão tomando a medicação corretamente, além de alerta para a dieta e atividades físicas; fazer registros em fichas, etc.

2. Auxiliar de enfermagem:

Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças comportamentais; alertar a comunidade quanto aos fatores de risco da hipertensão arterial; agendar consultas; cuidar dos equipamentos, controlar os estoques dos medicamentos, etc.

3. Enfermeiro:

Capacitar os auxiliares de enfermagem; realizar consulta de enfermagem; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, etc.

4. Médico:

Realizar consulta para confirmação do diagnóstico e avaliação dos fatores de risco; solicitar exames complementares; prescrever tratamento não medicamentoso; tomar a decisão terapêutica, etc.

5. Equipe multiprofissional:

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os

profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é procedimento desejável sempre que possível.

## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O trabalho foi pautado em normas de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, pois esta metodologia permite um enfoque mais específico de uma dada realidade. A metodologia foi resultado de uma observação direta, que permite a obtenção de um diagnóstico preliminar que por sua vez suscitará questões visando um estudo mais aprofundado.

### **4.1. Territorialização da Unidade Básica de Saúde da Família “Caminhando com a Saúde”**

A UBF Caminhando com a Saúde localiza-se na Rua João Batista Filho, nº 235, Bairro Centro cuja área de abrangência são os bairros Saída dos Campos, Vila do Marino, Copasa, Centro, Jardim América, Canela e Mococo.

### **4.2. Aspectos gerais do município de Ipuiúna MG**

Ipuiúna está localizada no sul do Estado de Minas Gerais, é cortada pela BR 459 que liga Poços de Caldas -MG a Paraty (Rio de Janeiro) -RJ e a (Rodovia Presidente Dutra BR 116), possui uma área 298 km<sup>2</sup>, com uma

população de 9.521 habitantes dos quais 7.449 habitantes ou 77,65% habitam na área urbana e 2.073 habitantes ou 24,35% habitam na zona rural, tem sua economia baseada na agricultura, pecuária, e comércio.

<b>Caracterização do Município</b>	
<b>Município</b>	Ipuiúna
<b>Estado</b>	Minas Gerais
<b>Microrregião</b>	Belo Horizonte

*Fonte: Prefeitura Municipal de Ipuiuna*

#### **4.3. Estrutura física da saúde pública da ESF “Caminhando com a Saúde”**

A Estrutura física da saúde pública da área de abrangência da ESF “Caminhando com a Saúde” é composta por:

<b>UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DE IPUÍUNA</b>	2212129
<b>PROFISSIONAIS SUS</b>	
Médico	01
Enfermeira	01
Técnica de Enfermagem	01
ACS	09
Outros	04
<b>ATENDIMENTO PRESTADO</b>	
Atendimento ambulatorial	SUS
<b>FLUXO DE CLIENTELA</b>	
Atendimento de demanda espontânea (ESF)	SUS
<b>EQUIPAMENTOS</b>	
Equipo Odontológico	03
Monitor de ECG	01
Eletrocardiógrafo	01
<b>INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTENCIA</b>	
<b>Ambulatorial</b>	
Clinicas Básicas	01
Odontologia	01
Sala de Curativo	01
Sala de Enfermagem (serviços)	01
<b>Serviços de Apoio</b>	
Central de Esterilização de Materiais	ESF/UBS
Farmácia	ESF/UBS
Lavanderia	ESF/UBS
Serviço de Prontuário do Paciente (SAME)	Próprio

*Fonte: Unidade Básica de Ipuiuna*

O município de Ipuiúna encontra-se bem servido em termos de unidades públicas de saúde. O município conta com uma cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família (ESF), divididos em 03 Equipes de Saúde da Família, sendo 02 equipes na área urbana e 01 na zona rural. Possui ainda uma Unidade de Saúde Básica, onde atualmente funciona a Equipe de ESF Caminhando com a Saúde.

#### UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – UBS

A Unidade de Saúde Básica funciona como um centro de referências onde estão em funcionamento algumas especialidades médicas, tais como: Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Geral, Pediatria, Fisioterapia. Funciona ainda nesta Unidade Básica de Saúde, o almoxarifado central da área da saúde do município.

#### 4.4. Aspecto demográfico

<b>Características da População</b>			
<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Menor de 1 ano</b>	16	17	33
<b>1 a 4 anos</b>	97	85	182
<b>5 a 6 anos</b>	62	39	101
<b>7 a 9 anos</b>	91	80	171
<b>10 a 14 anos</b>	156	158	314
<b>15 a 19 anos</b>	185	165	350
<b>20 a 39 anos</b>	602	594	1196
<b>40 a 49 anos</b>	309	314	623
<b>50 a 59 anos</b>	224	222	446
<b>60 a 69 anos</b>	239	263	502
<b>TOTAL</b>	1981	1937	3918

*Fonte: Sistema de Informação Atenção Básica*

#### 4.5. Aspectos ambientais

A estrutura de saneamento básico na comunidade é satisfatória, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Uma parte mínima da comunidade vive em moradias precárias.

<b>FAMÍLIAS COBERTAS POR ABASTECIMENTO DE ÁGUA SEGUNDO A MODALIDADE E MICROÁREA</b>									
<b>Modalidade</b>	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Micro 9
<b>Rede geral</b>	121	129	107	126	134	158	152	161	82
<b>Poço ou nascente</b>		2	13	3		7		15	18
<b>Total de famílias</b>	112	131	120	129	134	165	152	176	100

<b>TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</b>									
<b>Modalidade</b>	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Micro 9
<b>Filtração</b>			9	2		6		4	6
<b>Fervura</b>									1
<b>Cloração</b>	112	129	108	127	134	158	152	161	81
<b>Sem tratamento</b>		2	3			1		11	12
<b>Total</b>	112	131	120	129	134	165	152	176	100

<b>ENERGIA ELÉTRICA SEGUNDO A MODALIDADE E MICROÁREA</b>									
<b>Modalidade</b>	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Micro 9
<b>Sim</b>	112	131	120	129	134	164	152	176	100
<b>Não</b>						1			
<b>Total</b>	112	131	120	129	134	165	152	176	100

*Fonte: Sistema de informação Atenção Básica*

#### **4.6. Aspecto socioeconômico**

A ECONOMIA DO MUNICÍPIO DE Ipuiúna está apoiada na agropecuária, com destaque para as culturas de batata e milho, somadas à pecuária leiteira. A agricultura municipal mostra-se especializada na cultura da batata, cuja produção é totalmente vendida, logo após a colheita, por estabelecimentos atacadistas de São Paulo e do rio de Janeiro. O leite e o milho são os outros produtos que, secundariamente, sustentam a economia do município.

<b>ATIVIDADE DA POPULAÇÃO COM MAIS DE 10 ANOS DE IDADE, ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF NO PERÍODO DE JANEIRO À ABRIL DE 2014</b>		
<b>População de 10 a 14 anos</b>	280	100%
<b>10 a 14 anos trabalhando</b>	76	27,14%

<b>SITUAÇÃO SOCIOEDUCATIVA SEGUNDO A MODALIDADE E MICROÁREA</b>									
<b>Modalidade</b>	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Micro 9
<b>7 a 14 anos na escola</b>	32	54	51	43	45	52	49	76	42
<b>15 anos e mais alfabetizados</b>	241	294	276	314	297	363	340	391	220
<b>Pessoas cobertas com plano de saúde</b>	99	67	33	122	45	109	140	68	56
<b>Nº de Famílias no Bolsa Família</b>	26	31	18	21	36	41	29	35	15
<b>Famílias inscritas no CAD-UNICO</b>	100	111	102	110	123	156	141	168	86

Fonte: Sistema de Informação Atenção Básica

#### 4.7. Aspectos epidemiológicos

##### 4.7.1 Hospitalização

<b>TAXA DE HOSPITALIZAÇÃO POR HABITANTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOS MESES DE JANEIRO À ABRIL DE 2014</b>	
<b>Número de hospitalizações</b>	43
<b>Taxa de hospitalização</b>	

<b>HOSPITALIZAÇÃO POR GRANDES CAUSAS DO CID-10 NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF</b>	
<b>Intoxicação</b>	2
<b>Pneumonia</b>	1
<b>IAM</b>	1
<b>ITU</b>	1
<b>Dor Abdominal</b>	3
<b>Cirurgia</b>	16
<b>Apendicite</b>	1
<b>Fratura de fêmur</b>	1
<b>Parto prematuro</b>	1
<b>HÁ/DIA</b>	3
<b>Transplante de córnea</b>	1
<b>Acidente automobilístico</b>	1
<b>Anemia</b>	1
<b>Fraqueza e mal estar</b>	1
<b>Febre alta</b>	1
<b>Anemia Falciforme</b>	1
<b>Herpes óssea</b>	1
<b>Desnutrição</b>	1
<b>Edema</b>	1



<b>Parto</b>	5
<b>Total</b>	43

Fonte: Sistema de Informação Atenção Básica

<b>MORBIDADE REFERIDA SEGUNDO A ABRANGÊNCIA DA ESF</b>			
<b>Modalidade</b>	<b>0 a 14 anos</b>	<b>15 anos e mais</b>	<b>Total</b>
<b>Alcoolismo</b>		95	95
<b>Diabetes</b>	1	228	229
<b>Hipertensão</b>		792	792
<b>DEF</b>	2	27	29
<b>EPI</b>		15	15

#### 4.7.2. Morbidades Referidas

#### 4.7.3 Mortalidade

<b>MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF</b>	
<b>&lt; 1 ano</b>	1
<b>1 a 4 anos</b>	1
<b>5 a 14 anos</b>	1
<b>15 a 49 anos</b>	19
<b>50 anos e mais</b>	21
<b>Total</b>	43

Fonte: Sistema de Informação atenção Básica

<b>ÓBITOS DE RESIDENTES SEGUNDO A MICROÁREA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF NOS MESES DE JANEIRO À ABRIL DE 2014</b>	
<b>Microárea 1</b>	2
<b>Microárea 2</b>	1
<b>Microárea 3</b>	0
<b>Microárea 4</b>	0
<b>Microárea 5</b>	0
<b>Microárea 6</b>	0
<b>Microárea 7</b>	0

Microárea 8	0
Microárea 9	1

ÓBITOS DE RESIDENTES SEGUNDO A MICROÁREA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF	
Doenças do aparelho circulatório	2
Neoplasias	1
Doenças do aparelho respiratório	1
Causas externas de morbidade e mortalidade	-
Demais causas	-
<b>Total</b>	<b>4</b>

#### 4.8. Indicadores de cobertura

Acompanhamento de alguns indicadores, ESF I no período de Janeiro à Abril de 2014				
Indicador	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Nº de recém-nascidos	8	1	3	2
% de recém-nascidos	99%	100%	98%	0%
% RNs pesados	100%	100%	100%	100%
% RN peso <2.500Kg	0%	1%	0%	2%
% de aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses	97%	96%	96%	95%
% de < 1 ano com vacina em dia	100%	100%	100%	100%
% de < 1 ano desnutridas	0	0	0	0
Nº médio de gestantes cadastradas	12	20	18	14
% gestantes acompanhadas	100%	100%	100%	100%
% gestantes vacinadas	100%	99%	100%	100%
% consultas no 1º trimestre	100%	100%	98%	99%

Consultas médicas pela ESF I, no período de Janeiro à Abril de 2014					
Indicadores	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Total de consultas médicas	625	445	460	411	1941
Media mensal	0,17	0,11	0,12	0,11	0,51
Consulta habitantes/ano	52,75	34,13	37,24	34,13	158,25

#### 4.9. Produção da equipe de saúde

Atendimento aos programas pela ESF I no período de Janeiro à Abril de 2014					
Indicador	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
% puerpério	100	100	100	100	11
% pré-natal	100	100	100	100	100
% prevenção câncer cérvico - uterino	0,07	0,09	0,06	0,06	0,28
% diabetes	0,05	0,05	0,15	0,15	0,40
% hipertensão	0,07	0,14	0,18	0,21	0,60
% hanseníase					-
% tuberculose					-
% atendimento com programas	9,28	9,28	9,28	20,88	48,7 2

ACOMPANHAMENTO DE ALGUNS INDICADORES DA ESF NO PERÍODO DE JANEIRO A ABRIL 2014					
Indicadores	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Total de encaminhamentos	5	0	0	13	16
Relação encaminhamentos/consulta	0,008	0	0	0,03	0,045
Para atendimento especializado	5	0	0	12	16
Para internações hospitalares	0	0	0	0	0
Para urgência/emergência	0	0	0	1	0
Total de exames solicitados	74	291	90	20	161
Relação exames/consultas médicas	0,12	0,77	0,22	0,05	1,16
Relação exames consultas médicas e de enfermagem	0,10	1,59	5,96	27,25	34,9
Patologia clínica	71	285	85	0	154
Radiodiagnóstico	2	4	1	1	2
Exames citopatológico - vaginal	0	0	0	0	0
Ultrassonografia obstétrica	0	0	0	0	0
Outros exames	1	2	4	19	5

CONSULTAS MÉDICAS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA DA ESF NO PERÍODO DE JANEIRO A ABRIL 2014					
Faixa etária	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
< 1 ano	0	0	0	0	0
1 a 4 anos	1	2	1	3	7
5 a 9 anos	2	0	2	3	7
10 a 14 anos	3	4	6	1	14
15 a 59 anos	445	331	382	361	1519
60 anos e +	264	253	213	238	968
Total de consultas na área	709	529	595	599	2432

<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA ESF NO PERIODO DE JANEIRO A ABRIL 2014</b>					
<b>Procedimento</b>	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
<b>Atendimentos individuais da enfermagem</b>	54	49	9	29	141
<b>Consultas médicas</b>	625	445	460	411	1941
<b>Curativo</b>	62	111	85	59	317
<b>Inalações</b>	0	0	0	0	0
<b>Injeções</b>	0	69	149	0	218
<b>Retirada de Pontos</b>	0	1	0	0	1
<b>TRO</b>	0	0	0	0	0
<b>Grupos de educação saúde</b>	4	2	2	9	17
<b>Nº de reuniões</b>	2	2	2	1	7

<b>VISITA DOMICILIARES PELA ESF NO PERIODO DE JANEIRO A ABRIL 2014</b>					
<b>Visitas domiciliares</b>	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
<b>Visitas domiciliares do médico</b>	65	58	65	54	242
<b>Visitas domiciliares da enfermeira</b>	30	86	133	170	419
<b>Visitas domiciliares de nível médio</b>	115	23	111	337	586
<b>Visitas dos ACS</b>	1220	1121	1157	1158	5693
<b>Total de Visitas domiciliares</b>	1430	1288	1466	1719	5903
<b>Média mensal de visitas</b>	3,19	2,88	3,28	3,84	13,19
<b>Média anual de visita por família</b>	14,07	12,67	14,43	16,92	58,09
<b>Média anual de visitas por habitante</b>	38,39	34,58	39,36	46,16	158,49

*Fonte: Sistema de Informação atenção Básica*

#### **4.10. Recursos de saúde**

A Unidade Saúde da Família Caminhando com a Saúde foi inaugurada há três anos mais com a nova equipe houve mudanças de profissionais e de

microáreas, essa nova equipe iniciou em janeiro de 2014, está situada na Rua João Batista Filho no centro da Ipuina.

É uma estrutura própria para uma Unidade de saúde junto com a Unidade de Saúde da Família atua também a Unidade Básica de Saúde. A área destinada á recepção é adequada para a demanda de clientes/pacientes.

Existe sala de reunião, a equipe utiliza sempre que necessário para reuniões e grupos. A Unidade é bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe. A equipe não tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais nem com a contra-referência. Temos apoio da assistência farmacêutica e apoio diagnóstico.

#### 4.11. Mapeamento de instituições e projetos na comunidade de Ipuina

INSTITUIÇÕES E PROJETOS	ÁREA DE ATUAÇÃO	PÚBLICO ALVO	POPULAÇÃO COBERTA	RESPONSÁVEL	FINANCIAMENTO
Projovem	Educação	Adolescentes e Adultos	90 pessoas	Sonia Melo	Governo de Minas Gerais
PSE	Saúde e Educação	Crianças, adolescente e adultos	1960 pessoas	Secretaria de Saúde e Secretaria da Educação	Secretaria Federal de Saúde
Envelhecimento Saldável	Saúde	Idosos	40 pessoas	Enfermeira Bárbara	Tesouro Municipal
Conselho de Bairro	Saúde	População da ESF	3724 pessoas	Enfermeira Bárbara	Sem fins financeiros
Creche	Educação	Crianças	324	Lucilene Vieira	Tesouro Municipal
Escola Municipal	Educação	Crianças e adolescentes	760 pessoas	Lucimeire Oliva	Tesouro Municipal
Projeto Praça de Esportes	Esporte e Lazer	Comunidade em geral	124 pessoas	Secretario Municipal de Cultura Esporte e Lazer	Tesouro Municipal
Mãos de Ipuina	Educação e Lazer	Crianças, adolescentes e adultos	58 pessoas	Secretario Municipal de Cultura Esporte e Lazer	Tesouro Municipal
Pastoral da Criança	Saúde e Educação	Crianças	36 pessoas	Maria Procópio	Trabalho voluntário, igreja católica

<b>3ª Idade</b>	Lazer	Idosos	38pessoas	Cristina Oliveira	Tesouro Municipal
<b>Escola Estadual</b>	Educação	Adolescentes e adultos	600pessoas	Denílson Vieira	Governo Estadual
<b>Projeto de artesanato</b>		População em geral	26pessoas	Secretario Municipal de Cultura Esporte e Lazer	Tesouro Municipal
<b>Campeão do Sorriso</b>		Crianças menores de 5 anos	64pessoas	Lucimara Castro de Souza	Tesouro Municipal

#### 4.12. Síntese das entrevistas com os informantes-chave

<b>INFORMATES-CHAVE</b>	<b>PROBLEMAS</b>	<b>SUGESTÕES</b>
<b>Sonia Melo - Projovem</b>	Disponibilidade na participação da população	Achar um horário que todos possam estar participando
<b>Secretaria de Saúde - PSE</b>	Disponibilidade dos profissionais	Propor melhor articulação do trabalho
<b>Secretaria da Educação - PSE</b>	Interesse dos profissionais e público alvo	Propor melhor articulação do trabalho da saúde com a Educação
<b>Enfermeira Bárbara – Envelhecimento Ativo</b>	Interesse do grupo alvo	Criar mecanismos que faça o grupo alvo a se envolver mais
<b>Enfermeira Bárbara – Conselho de Bairro</b>	Participação nas reuniões mensais	Criar mecanismos que faça o grupo alvo a se envolver mais
<b>Lucilene Vieira - Creche</b>	Gravidez na adolescência e desemprego	Acha que a saúde sempre que solicitada presta um bom trabalho
<b>Secretario Municipal de Cultura Esporte e Lazer – Projeto Praça de Esporte</b>	Hora da população para estar participando das atividades com a educadora física	Achar um horário que todos possam estar participando
<b>Maria Procópio – Pastoral da Criança</b>	Falta de matéria prima	Buscar parcerias com a comunidade
<b>Denílson Vieira – escola Estadual</b>	Drogas e violência, evasão escolar por causa do trabalho	Cursos de capacitação

##### a. Observações ativas

Principais pontos observados

- Lotes abandonados
- Animais soltos
- Uso incorreto de medicamentos
- Falta de interesse da comunidade

- Falta de interesse das mulheres em relação ao exame citopatológico
- Falta de calçamento

#### **b. Principais problemas identificados**

- Risco cardiovascular
- Risco cardiorrespiratório
- Risco de doenças crônicas
- Risco aumentado de alcoolismo
- Risco aumentado de obesidade

A escolha da área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde para a realização foi determinada pelo fato de ser o local onde trabalha a pesquisadora. Isso lhe permitiu participar diretamente na observação do cotidiano dos sujeitos em estudo.

Devido à necessidade de configurar com maior clareza o objeto da investigação, foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: a observação direta e uma vasta pesquisa bibliográfica.

A área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde possui 792 pessoas consideradas hipertensas.

A observação foi feita durante o primeiro quadrimestre de 2014. Para essa finalidade, foi construído um roteiro que procurou levantar dados relevantes para o desenvolvimento deste estudo. O roteiro foi subdividido em três focos. No primeiro foco, observou-se a questão da atividade física. Já no segundo, a questão da não adesão ao tratamento. E o terceiro foco, a inadequação

alimentar. A partir da percepção buscou-se comprovar tais dados através do dia-a-dia desses indivíduos.

## 5. Resultados

### 5.1 O dia a dia na ESF Caminhando com a Saúde

As atividades na ESF iniciam-se às 07:00 horas e encerrando às 16:00 horas, de segunda à sexta-feira, seguindo a seguinte rotina:

Horas	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-feira	Sexta-Feira
07:00 - 11:00	<b>Medica:</b> 20 consultas demanda espontânea acompanhada de um ACS <b>Enfermeira auxiliar de enfermagem:</b> hiperdia em uma MICRO <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Medica:</b> 20 consultas demanda espontânea acompanhada de um ACS <b>Enfermeira:</b> Trabalho interno <b>Auxiliar de enfermagem:</b> realização de curativo no domicilio <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Medica:</b> visita domiciliar com ACS <b>Enfermeira auxiliar de enfermagem:</b> hiperdia em uma MICRO <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Medica:</b> Consulta de Hipertenso e diabético na UB com um ACS auxiliando <b>Enfermeira:</b> Triagem das consultas de Hipertenso e Diabéticos <b>Auxiliar de enfermagem:</b> curativo <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Enfermeira e auxiliar de enfermagem:</b> avaliação e realização de curativo no domicilio <b>ACS:</b> trabalho interno
12:00 – 16:00	<b>Enfermeira e auxiliar de enfermagem:</b> coleta de exame citopatológico <b>Medica:</b> visita domiciliar com ACS <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Medica:</b> Consulta de Hipertenso e diabético na UB <b>Enfermeira:</b> Triagem das consultas de Hipertenso e Diabéticos <b>Auxiliar de enfermagem:</b> auxilia a medica <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Medica:</b> Consulta ACOLHER (renovação de receita controlada) na UB <b>Enfermeira:</b> Triagem das consultas <b>Auxiliar de enfermagem:</b> auxilia a medica <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Medica:</b> 20 consultas demanda espontânea na UB <b>Enfermagem:</b> Trabalho interno <b>Auxiliar de enfermagem</b> : auxilia a medica <b>ACS:</b> visita domiciliar	<b>Enfermeira auxiliar de enfermagem e ACS:</b> reunião



## **5.2 A Hipertensão arterial na área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde**

Com o propósito de mostrar a questão da hipertensão arterial na área de abrangência foi utilizado à observação direta como instrumento de coleta de dados.

O estudo não pretende trabalhar com números, mas narrar o que se viu e viveu no decorrer da observação. Os dados obtidos foram narrados de forma simples e objetiva, tais como o ambiente e sujeitos pesquisados. Isso porque nosso interesse é propiciar uma melhor qualidade de vida a esses sujeitos, através de uma linguagem simples e objetiva.

De acordo com TOBAR & YALOUR (2002), uma pesquisa qualitativa deve empregar a observação de primeira mão, interessar-se pelo cotidiano, situar-se num contexto de descobrimento, importar-se mais com os significados do que com a frequência dos fatos e buscar o específico e o local, para encontrar padrões, não estando atada ao modelo teórico e, retratando o maior número possível de elementos na realidade estudada.

Conforme TURATO (2005), atualmente grande número de profissionais de saúde atribuem importância considerável aos métodos qualitativos na medicina, reconhecendo sua ajuda para a melhor compreensão da vida dos pacientes.

### **5.3. Hipertensão arterial e o sedentarismo na área de abrangência da ESF “Caminhando com a Saúde”**

O documento da secretaria de Estado de Saúde “Hipertensão e Diabetes” classifica o sedentarismo como fator de risco modificável. De acordo com esse documento, o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentarismo apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos; a atividade física regular diminui a pressão arterial.

A equipe de saúde torna-se fundamental no tratamento da hipertensão arterial, visando esclarecer à comunidade e, não só aos sedentários, sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção, através das seguintes ações:

- Encaminhamento dos indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão à consulta de enfermagem;
- Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com as pessoas da comunidade, independente de serem sedentárias;
- Desenvolvimento de atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- Apresentação dos benefícios da atividade física, incentivando-os a exercê-la sozinhos;

Esses benefícios incluem, de acordo com o Ministério da Saúde (2001):

- Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;
- Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão e câncer de cólon e mama;

- Melhoria do nível de saúde mental;
- Ossos e articulações mais saudáveis;
- Melhor funcionamento corporal e preservação da independência de idosos;
- Controle de peso corporal;
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas.

(fonte: Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, 2001 – Ministério da Saúde).

A observação permitiu dizer que aproximadamente 65% dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde, fazem parte do grupo dos considerados sedentários. Trata-se de pessoas, na grande maioria, resistentes a qualquer prática de atividade física, tanto individual, quanto coletiva.

Por desinteresse ou desconhecimento, esses pacientes considerados sedentários, não atribuem grande importância à prática da atividade física. Passam a maior parte do tempo, sentados ou deitados em um sofá, em alguns casos executam algumas atividades leves, tais como do lar ou, no caso das mulheres, atividades como tecer.

A ESF “Caminhando com a Saúde”, nas visitas domiciliares, procurou orientar tais sujeitos para a importância dos efeitos das atividades físicas, num trabalho árduo e contínuo, pois nem todos aceitavam como benéficas tais orientações.

A mesma equipe procurou desenvolver atividades como palestras e grupos de caminhada, na tentativa de sanar esse problema, mas, sem

resultados, pois o grupo era um tanto resistente. Apesar desse fato, o grupo de profissionais da ESF continuou trabalhando de forma sistemática, a fim de despertar a consciência desses pacientes para a prática de exercícios e o quanto tais atividades poderiam ser benéficas ao mesmos.

A observação evidenciou que apesar de todo o trabalho realizado são poucos os componentes desse grupo, que têm consciência da importância de se desenvolver alguma atividade física. Além do mais, desconhecem tratar-se de uma atividade simples, pois, com apenas 30 (trinta) minutos diários, é possível alcançar uma vida saudável e de qualidade.

A observação reforçou a necessidade de implantação de medidas práticas e objetivas na área de abrangência, visando combater esses agravos à saúde ( no caso o sedentarismo).

#### **5.4. Hipertensão arterial e a não adesão ao tratamento na área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde**

Na área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde também é possível deparar com aqueles que fazem parte do grupo de não adesão ao tratamento. A observação permitiu dizer que uma das razões que implicam nas baixas taxas de controle da pressão arterial no município estudado, é a não adesão ao tratamento, fato esse que pôde ser comprovado em aproximadamente 30% dos portadores de HAS.

Durante a análise na área de abrangência, foi possível estabelecer as principais causas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tais como: falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença, baixo nível

socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas e interferência na qualidade de vida após o tratamento.

Ao manusear as cartelas dos remédios prescritos e compará-las com as receitas médicas, foi possível perceber que próximo de uma nova cartela, a cartela anterior permaneciam quase que intocadas ou acabava antes do tempo, indicando a não utilização do medicamento conforme prescrição médica.

Percebe-se que o nível de escolaridade pode influenciar a questão da não adesão ao tratamento na área de abrangência, pois a baixa escolaridade predomina.

Essa observação permitiu afirmar que tais pacientes, na maioria das vezes, não tomam a medicação de uma forma adequada, não seguem os horários propostos, precisando, assim, da ajuda de outras pessoas.

Tais pacientes, ainda que com esforço, não conseguem reduzir a pressão arterial, conforme a meta proposta pelo documento “Atenção à saúde do adulto: Hipertensão e diabetes” (2007). Tal documento diz que a pressão arterial deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90 mmHg, o que não foi possível observar nesses sujeitos, mesmo tendo em mãos uma prescrição médica. Isso leva a dizer que a prescrição médica, sozinha, não conduz à melhoria do hipertenso, dependendo da forma como ela é utilizada.

Foi feito, então com alguns desses sujeitos, um trabalho de conscientização, no sentido de se mostrar a importância e eficácia do tratamento farmacológico.

A ESF passou a fazer o uso da linguagem não verbal como forma de comunicação com esses pacientes. Tal linguagem faz o uso de símbolos, desenhos. Era feito desenhos nas caixas do medicamento simbolizando os horários que atais medicamentos deveriam ser tomados, como manhã, tarde e noite.

Em novas visitas domiciliares, no período da observação, foi possível notar uma mudança no comportamento de alguns pacientes estudados, além de certo entusiasmo por estarem conseguindo interagir com aquilo que lhe era indicado, na prescrição médica, para melhorar a sua qualidade de vida, o que antes não era possível fazerem sozinhos.

### **5.5 Hipertensão arterial e hábitos alimentares inadequados na área de abrangência da ESF Caminhando com a Saúde**

Sabe-se que a dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial.

#### Linhas Gerais de Recomendação Dietética para Hipertensos

- Manter o peso corporal adequado;
- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa;
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsichas, linguiças, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote;
- Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas;
- Dar preferencia a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura;

- Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
- Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, de tipo mono ou poli-insaturada, presentes nas fontes de origem vegetal;
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc;
- Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família.

*Fonte: Cadernos de Atenção Básica – nº15, 2006. Hipertensão Arterial Sistêmica*

Para que o autocuidado tenha sucesso, é necessário perceberem-se as próprias necessidades. A percepção do indivíduo sobre um problema a ser enfrentamento, é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias. A partir deste ponto, há possibilidade de harmonizar a saúde com o viver do cotidiano (Silva, 2004).

Entre os indivíduos analisados na área de abrangência, evidenciou-se que o hábito alimentar era inadequado na maioria das vezes e estava associado a um grande consumo de sal e carne vermelha e a um consumo reduzido de vegetais.

A observação permitiu dizer que o sal, gordura, massas, refrigerantes estão no cardápio desses pacientes. Tais produtos parecem estar entre os fatores nos pacientes estudados.

Além desses pontos relatados, a observação apontou que a gordura está presente em demasia nos pratos desses pacientes, podendo desencadear, agravar e manter a hipertensão.

Foi possível observar um número considerável de pacientes com excesso de peso, consequência de uma má alimentação, aliada ao sedentarismo. A obesidade é um grande fator de risco para a gênese da hipertensão arterial, por exigir um maior esforço do coração.

Diante do exposto, a equipe de saúde passou a desenvolver atividades individuais (pois o coletivo não teve interesse dos pacientes) no sentido de despertar esses pacientes para uma mudança nos hábitos alimentares. Foram desenvolvidos orientações durante a hiperdia nos bairros.

Em meio a essa atividade era transmitido ao paciente os pontos importantes e os dez passos para a alimentação saudável, propostos pelo documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, de 2001, do Ministério da Saúde.

Os pontos importantes a serem observados pelos profissionais de saúde para a orientação alimentar são:

- Esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais;
- Promover a substituição de consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis;
- Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados;



- Esclarecer que a alimentação saudável não é alimentação cara;
- Promover o peso saudável através de mensagens positivas;
- Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente.

Ainda, conforme o documento acima citado, os dez passos para a alimentação saudável são:

1. Coma frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes por dia;
2. Consuma feijão pelo menos quatro vezes por semana;
3. Evite alimentos gordurosos como carnes gordas, salgadinhos e frituras;
4. Retire a gordura aparente das carnes e a pele do frango;
5. Nunca pule refeições, faça três refeições e um lanche por dia. No lanche, escolha uma fruta;
6. Evite refrigerantes e salgadinhos de pacote;
7. Faça as refeições com calma e nunca na frente da televisão;
8. Aumente a sua atividade física diária. Ser ativo é se movimentar. Evite ficar parado, você pode fazer isto em qualquer lugar;
9. Suba escadas ao invés de usar o elevador, caminhe sempre que possível e não passe longos períodos sentado assistindo TV;
10. Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias.

## 6. CONCLUSÃO

A pesquisa confirmou os resultados das análises relatadas, que evidenciam que o sedentarismo, a não adesão ao tratamento e os hábitos inadequados de alimentação, aumentam a incidência de hipertensão arterial.

Que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos de vidas saudável do paciente e seu tratamento medicamentoso, mas também com a conscientização sobre a enfermidade. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre, é acompanhada de muita resistência, levando a maioria das pessoas a não conseguir fazer modificações e/ou, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis.

Os resultados desse estudo na área de abrangência da ESF “Caminhando com a Saúde” possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre o nosso papel de educador em saúde, junto ao indivíduo, à família e a comunidade. É nesse sentido que a equipe de saúde ganha destaque e sua contribuição mostra-se fundamental para a mudança de comportamentos e a elevação da qualidade de vida do hipertenso.

Conclui-se enfim, que os objetivos propostos para orientar esse trabalho foram alcançados com êxito, pois ao decorrer da pesquisa definimos e contextualizamos a hipertensão arterial; apresentamos os fatores de risco; descrevemos os procedimentos realizados pela ESF “Caminhando com a Saúde” no tratamento dos hipertensos e apresentamos resultados significativos

a respeito da hipertensão arterial na área de abrangência, que futuramente poderão ser estudados mais profundamente.

## BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: MS, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: MS, 2002.

DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>

DATASUS. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/index.cfm?saude=HTTP%b3A%2F%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Faplicacoes%2Fanuario2001%2Findex.cfm&botook=OK&obj=%24VObj>.

DUCAN, B.B. *As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não-transmissíveis*. Porto Alegre, 1991. [tese-doutorado]. Universidade Federal do rio Grande do Sul, porto Alegre.

FARIA, Valéria Andrade. *Padrão da dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares em Ouro Preto*. Minas gerais. [manuscrito], 2007. (Dissertação de Mestrado).

JARDIM et al (2007). In: *Arq. Bras Cardiol*, 2007; 88 (4): 452-457.

MELO NETO, Olímpio Pereira de. *Hipertensão arterial em Ouro Preto (MG): [manuscrito] avaliação da terapêutica farmacológica e de fatores de risco*

cardiovasculares, 2006 (Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de Ouro Preto)

Ministério da Saúde. Série Caderno de atenção Básica nº 15-Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª edição, 2006.

Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Departamento de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ROLIM N, BRUM P. Efeitos do treinamento físico aeróbio na hipertensão arterial. *Hipertensão*. 2005; 8 (1): 35-7

SILVA, Jorge Luiz Lima; SOUZA, Solange Lourdes de. *Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, nº03, 2004.

SOUZA AL. *Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo* [tese-doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1999.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública-conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 2005; 39 (3): 507-14.

V Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 89, nº03, Setembro de 2007, p. 24-79.

VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 32, nº01, Setembro de 2010