

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

NEIDY ALVAREZ RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DIRECIONADO AO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA JOSÉ CARLOS DE LIMA, EM MONTES CLAROS-MG**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2016

NEIDY ALVAREZ RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DIRECIONADO AO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA JOSÉ CARLOS DE LIMA, EM MONTES CLAROS-MG**

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

Orientadora: Prof. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos.

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2016

NEIDY ALVAREZ RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DIRECIONADO AO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA JOSÉ CARLOS DE LIMA, EM MONTES CLAROS-MG**

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

Orientadora: Prof. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos.

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos - Orientadora

Profa. Ms. Fernanda Magalhães Duarte Rocha.

Aprovada em Belo Horizonte: ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares pelo incentivo recebido ao longo destes anos.

Ao meu filho, agradeço cada o sorriso que me dedicara, obrigada pelo amor, alegria e atenção sem reservas.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Aos docentes pela participação e colaboração, porque sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Muito haveria a ser dito, no aqui e agora dessa conquista. Mas vale mais um breve registro: missão dada é missão cumprida!

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaços onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes, mas saber ver em cada coisa em cada pessoa, aquele algo que a define como especial , um objeto singular, um amigo, é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda”.

(Antoine De Saint – Exupéry).

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e dificuldade de controle, é descrita também como um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma doença que acomete crianças, adultos, idosos, homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção direcionado ao controle da hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família José Carlos de Lima, em Montes Claros- MG. Foi realizada uma revisão da literatura na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados eletrônicos tais como Scientifico Eletronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina(BIREM.. Foram selecionados artigos em português, publicados no período de 2010 a 2014, com pesquisa realizada entre janeiro a abril de 2016. Após a revisão foi elaborado um plano de intervenção, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) Simplificado, conforme módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF). Para o controle da hipertensão arterial é necessário desenvolver ações de promoção e prevenção para elevar o conhecimento dos pacientes e famílias sobre a doença e sua evolução, estimulando a modificação de estilos de vida, o uso adequado de medicamentos e, uma atenção de qualidade aos pacientes, nos serviços de saúde. Dessa forma, o projeto de intervenção elaborado é importante para diminuir a prevalência e complicações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fundamentalmente a hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Planejamento. Assistência à saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH), considered a public health problem due to its high prevalence and difficult to control, is also described as one of the most important risk factors for cardiovascular disease, is a disease characterized by elevated blood pressure levels in the blood . It is a disease that affects children, adults, seniors, men and women of all social classes and financial conditions. The objective of this study was to develop an intervention project aimed at the control of hypertension in the Family Health Strategy José Carlos de Lima in Montes Claros- MG. a review of literature on the Virtual Health Library was held (BVS) in electronic databases such as Scientifico Electronic Library Online(SCIELO) and Regional Library of Medicine(BIREME). As keywords were used: Hypertension, planning, to health care. They selected articles in Portuguese, published between 2010-2014, a survey conducted from January to April 2016. After the review was drawn up an action plan, using the method of Situational Strategic Planning (PES) Simplified as Planning module and Evaluation of Actions in Health, Specialization Course in Family Health Strategy (CEESF). For the control of hypertension is necessary to develop promotion and prevention to raise awareness of patients and families about the disease and its evolution, stimulating the change of lifestyles, proper use of medication and quality of patient care in health services. Thus, the elaborate intervention project is important to reduce the prevalence and complications of Chronic Non communicable Diseases (NCDs), mainly hypertension.

Keywords: Hypertension. Planning. Assistance to health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente comunitário de saúde.
BIREME-	Biblioteca Regional de Medicina
CEESF-	Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família
DCV -	Doenças cérebro vasculares.
DCNT-	Doença crônica não transmissível.
ESF -	Estratégia de Saúde da Família.
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDHM -	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
PES -	Planejamento Estratégico Situacional.
PSF -	Programa de Saúde da Família.
SCIELO -	Scientific Eletronic Library Online
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
	3.1 Objetivo Geral	
	3.2 Objetivos Específicos	
4	METODOLOGIA	22
5	REVISÃO DE LITERATURA	23
	5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e os fatores de risco.	
	5.2 Ações de prevenção de Hipertensão Arterial Sistêmica	
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
	6.1 Definição dos problemas	
	6.2 Priorização dos problemas	
	6.3 Descrição do problema	
	6.4 Explicação do problema	
	6.5 Seleção dos "nós críticos"	
	6.6 Desenhos das operações para os nós críticos	
	6.7 Identificação de reursos críticos	
	6.8 Análise da viabilidade do plano: Atores e motivadores	
	6.9 Elaboração do Plano Operativo	
	6.10 Gestão do plano	
	6.11 Monitoramento e avaliação	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do Município

A cidade de Montes Claros é polo da região norte do estado. Fica a 422 km da capital Belo Horizonte e, é considerada o segundo maior entroncamento rodoviário nacional. Os municípios limítrofes e as distâncias deles até Montes Claros são: São João da Ponte ao Norte, que fica 158 km. Capitão Enéas ao Nordeste, com 56 km. Francisco Sá ao Leste 44 km. Juramento, Sudeste 36km Glaucilândia, Sudeste 30 km. Bocaiúva, Sul 45 km. Claro dos Poções, Sudeste 73 km. São João de Lagoa Oeste 81 km. Coração de Jesus Oeste 66 km e Mirabela, ao Noroeste, a 66 km. Montes Claros tem uma população de 361.915 habitantes com estimativa para 2012 de 370.216 pessoas (IBGE, 2010).

1.2 Histórico de criação do município

A origem de Montes Claros, como muitos outros municípios sertanejos, se deu devido às Entradas e Bandeiras. Presume-se que a primeira expedição a chegar a esse território foi a denominada "Espinosa-Navarro", em 1553. Contudo, a fundação dos primórdios do município deveu-se a outra expedição, a de Matias Cardoso, adjunto de Fernão Dias Paes Leme, conhecido como Governador das Esmeraldas.

Dentre essas fazendas, foram fundadas Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros, que obteve esse nome pela sua localização, à margem do Rio Verde Grande, próxima a montes calcários, despidos de vegetação, e por isso, sempre claros. Cento e vinte e quatro anos após obtenção da Sesmaria, por Antônio Gonçalves Figueira, desmembrando-se de Serro Frio (atual Serro). Pelo esforço dos líderes políticos o Arraial foi elevado à categoria de Vila pela Lei de 13 de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas".

Em 1857, a então Vila Montes Claros de Formigas possuía pouco mais de 2 mil habitantes, mas os políticos já pleiteavam a elevação à cidade, pois os melhoramentos existentes eram os mesmos de quase todos os municípios da Província. Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou a cidade, chamada apenas

Montes Claros, sem "Formigas", que desagradava a todos os formiguenses. A partir dali seriam "montes Clarence".

Pela lei provincial nº 1398, de 27 de novembro de 1867 e lei estadual nº 2 de 14 de setembro de 1891, foi criado o distrito de Brejos das Almas (ex-povoado de São Gonçalo do Brejo das Almas), primeiro distrito do município.

1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

1.3.1 Aspectos geográficos: Indicadores.

Área total do município: 3 568,94 km²

Concentração habitacional: 101,41 hab./km.

Tabela 1 - Números de famílias no Município de Montes Claros. 2010

REGIÃO	FAMILIAS
Zona Urbana	95.567
Zona Rural	4.746
Total	100.312

Fonte: IBGE, 2010

1.3.2 Aspectos Socioeconômicos

1.3.2.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de Montes Claros é considerado médio. Seu valor absoluto é de 0,783 (PNUD/2000), parecido com o da média nacional.

Comparando com outros municípios, é considerado o 101º dos 853 municípios do estado, 415º dos 1666 municípios da região sudeste do país e 969º dos 5507 de todo o Brasil. Segundo dados do IBGE 2010, 344.479 habitantes compunham a zona urbana e 17.492 a zona rural. A taxa de urbanização corresponde a 95,2% (IBGE 2010).

1.3.2.2 Renda Média Familiar:

Tabela 2 - Renda média mensal das famílias do município Montes Claros. 2010

REGIÃO	MENSAL-FAMILIAR	PERCAPITA
Área Urbana	931,59 reais	255 reais
Área Rural	2,331,39 reais	450 reais

Fonte: IBGE, 2010

Em 2000, 92,77% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água; e 90,04% das moradias possuíam lixo coletado por serviço de limpeza. Conforme IBGE 2010, 88,9% das residências possuíam rede geral de esgoto adequado, 6,8% semi-adequando e 4,3% inadequado ou inexistente. O Produto Interno Bruto - PIB - de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. O IDH de renda absoluto é de 0,691, sendo que o do Brasil é de 0,723; e o PIB *per capita* é de R\$ 12436,53 (IBGE, 2010).

Apesar de se encontrar numa região sertaneja, o setor primário da economia é o menos relevante em Montes Claros. Na lavoura temporária são produzidos principalmente a cana-de-

açúcar, a mandioca e o milho. A indústria é o segundo setor mais relevante para a economia do município, mas de forma pouco expressiva em relação ao terceiro setor.

A cidade conta com um distrito industrial, composto por diversas empresas, entre elas a Usina de Biodiesel da Petrobras, a Coteminas, a Lafarge, o Novo Nordisk e a Nestlé. (IBGE 2010). O setor terciário constitui a maior fonte geradora do PIB montes Clarence, sobretudo devido ao comércio.

Segundo estatísticas da prefeitura, no ano de 2009 a cidade contava com 617 estabelecimentos e 3185 trabalhadores na área da construção civil; 6777 estabelecimentos e 14997 trabalhadores no comércio; e 5091 estabelecimentos e 24473 trabalhadores no setor de serviços. A cidade conta com diversos núcleos ou centros comerciais, como o Mercado Municipal, inaugurado em 1899; o Ibituruna Shopping Center, criado em 18 de março de 2009; o Montes Claros Shopping, fundado em 8 de novembro de 1997; e o Shopping Popular Mário Ribeiro, inaugurado em 2003.

1.3.3 Aspectos demográficos.

Tabela 3 - População por Faixa Etária do município Montes Claros. 2010

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor que 1 ano	2.598	2.572	5.170
1 ano	2.541	2.427	4.968
2 anos	2.542	2.532	5.074
3 anos	2.753	2.570	5.323
4 anos	2.630	2.588	5.218
5 anos	2.627	2.637	5.264
6 anos	2.728	2.625	5.353
7 anos	2.799	2.704	5.503
8 anos	2.823	2.708	5.531
9 anos	2.980	3.006	5.986
10 anos	3.244	3.142	6.386
11 anos	3.140	3.098	6.238
12 anos	3.112	3.121	6.233
13 anos	3.134	3.174	6.308
14 anos	3.224	3.164	6.388
15 anos	3.362	3.295	6.657
16 anos	3.224	3.285	6.509
17 anos	3.299	3.454	6.753
18 anos	3.356	3.617	6.973
19 anos	3.556	3.695	7.251
20 a 24 anos	17.947	19.331	37.278
25 a 29 anos	17.160	18.345	35.505
30 a 34 anos	15.173	16.435	31.608
35 a 39 anos	12.884	14.056	26.940
40 a 44 anos	11.585	12.826	24.411
45 a 49 anos	10.168	11.424	21.592
50 a 54 anos	8.634	9.589	18.223
55 a 59 anos	6.596	7.647	14.243
60 a 64 anos	5.098	5.958	11.056
65 a 69 anos	3.628	4.375	8.003
70 a 74 anos	2.602	3.382	5.984
75 a 79 anos	1.601	2.238	3.839
80 anos e mais	1.501	2.646	4.147
Total	174.249	187.666	361.915

Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

Tabela 4 - Distribuição da população urbana e rural do município Montes Claros.2010.

Zona Urbana	344.427 habitantes	95%
Zona Rural	17.488 habitantes	5%
Total	361.915 habitantes	100%

Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

Tabela 5 - Distribuição da população segundo o sexo do município Montes Claros.2010.

Masculino	174.249 habitantes	48,15 %
Feminino	187.666 habitantes	51,85%
Total	361.915 habitantes	100%

Fonte: Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

1.3.4 Aspectos demográficos 2

1.3.4.1 Densidade demográfica

Conforme trabalho realizado por Rodrigues, Gonçalves e Teixeira (2011), nas 11 áreas de risco do município a proporção de moradores em pobreza extrema era de 37,65%, mudando para 22,02% após inclusão no programa Bolsa Família do Governo Federal. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%.

O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,872 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil é 0,849.

1.3.4.2 Conselho Municipal de Saúde .

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros foi criado em 16 de maio de 1991. Tem composição paritária (50% representação dos Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% Gestores e Prestadores), sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa diretora ou Fundo Municipal de Saúde como Instrumento de gestão, instituído em 26/06/1992. Lei 2.052.

1.3.4.3. Sistema de Saúde.

A rede de saúde da Atenção Básica conta com 59 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 14 Equipes de Agentes Comunitários da Saúde (EACS), 13 Centros de Saúde, 2 Policlínicas, 2 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 1 Centro de Referência em Doenças Infecciosas, 1 Centro de Oftalmologia Social (COS), 1 Centro Referência em saúde dos Trabalhadores (CEREST), 24 Consultórios Odontológicos em Escolas, 15 Consultórios odontológicos em Centro de Saúde, 45 Consultórios Odontológicos em Unidade de Saúde da Família (USF), 2 Farmácias Populares, 1 Hospital – Doutor Alpheu de Quadros.

As Estratégias de Saúde da Família, promovem assistência humanizada e integral a 213.000 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 59% da população geral (SIAB,2009). As áreas definidas para a implantação dessas equipes foram áreas localizadas no cinturão periférico da parte leste, nordeste, norte, noroeste e sul do município .

1.3.5 Território / Área de Abrangência

O Território de atuação é Bairro Jose Carlos de Lima - ESF Jose Carlos de Lima. A área de abrangência da ESF é no bairro José Carlos de Lima ,que tem o mesmo nome do bairro. Atende a um total de 681 famílias / 2226 habitantes. Dentre a população cadastrada 145 chefes de família são analfabetos, o que representa 19,78%; 133 famílias vivem como uma renda per capita inferior a R\$ 60,00, ou seja 17,2%. Da população total cadastrada na ESF

é de 1985 pessoas, sendo que 389 pessoas, ou seja, 13% dos usuários têm plano de saúde privado e 87% é usuário do SUS.

Tabela 7 – Distribuição da população por sexo e faixa etária do ESF José Carlos de Lima.2015

Faixa Etária	Total
< 1 ano	36
1 a 4 ano	82
5 a 9 ano	149
10 a 14 ano	185
15 a 19 ano	237
20 a 39 ano	776
40 a 49 ano	319
50 a 59 ano	238
> 60 ano	204
Total	2226

Fonte: SIAB, 2015

O bairro onde está situada a ESF José Carlos de Lima é predominantemente residencial, com poucas edificações voltadas para o comércio. Assim, os equipamentos sociais presentes são poucos. Entre eles tem uma praça bem arborizada, onde as crianças podem praticar vários tipos de esporte, como futebol e capoeira, e um espaço em frente à igreja católica, onde são realizadas várias festas.

ESF-José Carlos de Lima atende 100 % da população, responsabilizando se estes com a atenção integral da saúde de todas as pessoas. Como uma forma de acolhimento se realiza as Visitas domiciliares desenvolvendo ações de promoção e prevenção, para diminuir a demanda espontânea, estas visitas são realizadas pelos ACS e, de forma planejada, pelos demais profissionais da equipe de saúde da família.

A ESF oferece a toda a população ao acesso direito e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Realiza as ações e recursos em função das necessidades das pessoas e busca a equidade, com o conhecimento pela equipe de saúde das situações de risco e vulnerabilidades.

A ESF desenvolve estratégias para atuar frente aos problemas de saúde da comunidade os condicionantes e determinantes biológicos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos de forma integral e estimula a participação da comunidade na solução dos problemas e nas atividades de promoção e prevenção. É a porta de entrada dos pacientes para receber atenção integral de saúde.

A unidade de saúde possui boa estrutura, conta com os serviços necessários para garantir uma adequada atenção, sendo acessível a toda a população, a equipe trabalha 8 horas desenvolve ações planejadas seguem os diferentes grupos de riscos, atendendo a demanda espontânea e situações de urgências e emergência.

Tabela 8– Abastecimento de água do ESF José Carlos de Lima. 2015

Tipo de abastecimento	Nº de absoluto	%
Rede publica	681	100%
Poço ou nascente	0	0%
Outros	0	0%

Fonte: SIAB, 2015

Tabela 9 – Destino do lixo de ESF José Carlos de Lima. 2015.

Destino do lixo	Nº absoluto	%
Coleta Publica	681	100%
Queimado/enterrado	0	0%
Céu Aberto	0	0%

Fonte: SIAB, 2015

Tabela 10– Destino de fezes/urina do ESF José Carlos de Lima. 2015.

Destino dos dejetos	N ° Absoluto	%
Sistema de Esgoto	681	100%
Fossa	0	0%
Céu aberto	0	0%

Fonte: SIAB, 2015.

Tabela 11– Tratamento da água no domicilio do ESF José Carlos de Lima 2015.

Tipo de tratamento	No absoluto %
Filtração	665
Fervura	0
Cloração	0
Sem tratamento	1
Outros	06

Fonte: SIAB, 2015

Tabela 12–Renda das famílias cadastradas por renda familiar do ESF José Carlos de Lima. 2015.

Faixa salarial	Nº Absoluto
Inferior a 1 salário mínimo	10
1 salário mínimo	265
Entre 1 e 2 salários	374
Entre 2 e 3 salários	22
Mais de 3 salários	10
Total	681

Fonte: SIAB, 2015

1.4 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

O bairro José Carlos de Lima, está localizado na zona sul da área urbana de Montes Claros, a uma distância de 7 Km do centro da cidade. A equipe, que recebe o mesmo nome do bairro, foi criada em Abril de 2001 como UBS. Em abril de 2007 foi convertida em ESF.

1.4.1 Recursos Humanos.

A equipe é formada pelos profissionais: Neidy Alvarez Rodriguez (Médica, autora deste trabalho); Viviane Mais Santos (Enfermeira); Edilene (Técnico de Enfermagem); seis agentes comunitários de saúde: Ailton, Joseane, Eliane, Josefa, Márcia e Claudinéia. O horário de trabalho da equipe respeita os horários de funcionamento da UBS, sendo que algumas atividades são realizadas em outros locais.

1.4.2 Área física e recursos materiais

A Unidade de Atenção Primária à Saúde ESF José Carlos de Lima dispõe de espaço próprio; consultórios clínicos, consultório odontológico, banheiros para uso da população (masculino e feminino), banheiro para uso da equipe (masculino e feminino), consultórios ginecológicos, sala de esterilização de materiais e expurgo; depósito de materiais de limpeza (DML), recepção e área externa para grupos de educação em saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial é uma doença multifatorial conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertenso (AMARAL; FRANCISCO, 2013).

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixa taxas de controles, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado em - VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia (NOBRE *et al.*, 2010).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são importante causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos, e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DVC aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE, *et al.*, 2010).

Segundo Silva (2011), a Hipertensão Arterial é o maior fator de risco, para a mortalidade e a terceira causa mais importante de incapacidade no mundo. Neste sentido, sabendo hipertensão é um fator de risco para doenças cardiovasculares, renais e cerebrais é importante e necessário buscar e controlar os pacientes hipertensos da comunidade José Carlos de Lima, pois é uma comunidade que tem uma incidência de 10.3%.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção direcionado ao controle da hipertensão arterial na unidade saúde da família José Carlos de Lima, em Montes Claros/MG.

3.2 Objetivos específicos

- Discutir as dificuldades que levam os pacientes hipertensos a não aderir ao tratamento medicamentoso.
- Elaborar ações de prevenção em relação aos fatores de risco que estão expostos os pacientes hipertensos.
- Propor ações de educação em saúde afim de aumentar o nível de informação dos pacientes sobre hipertensão arterial e suas complicações.

4 METODOLOGIA

Para embasar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre os fatores de risco e as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica. Os artigos foram buscados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados eletrônicas tais como Scientifico Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Como palavras-chave foram utilizados: Hipertensão, arterial, Planejamento, Assistência à saúde e, selecionados artigos em português, publicados no período de 2010 a 2014. A pesquisa foi realizada de janeiro a abril de 2016.

Para elaboração do projeto de intervenção, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) Simplificado, conforme módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010). Este planejamento é baseado em dez passos, que são:

1. Definição dos problemas
2. Priorização dos problemas
3. Descrição do problema
4. Explicação do problema
5. Seleção dos " nós críticos"
6. Desenhos das operações para os nós críticos
7. Identificação de recursos críticos
8. Análise da viabilidade do plano
9. Plano de intervenção
10. Gestão do plano.
11. Monitoramento e avaliação das ações em saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e os fatores de risco

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. E também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e da doença renal crônica. A prevalência na população adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Oliveira e Nogueira (2010), definem a hipertensão arterial sistêmica como a elevação crônica da pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD). O critério para classificação de HAS foi pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg ou uso atual de anti-hipertensivo.

Segundo Borges *et al.*, (2010), a hipertensão arterial tem sido considerada como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Caracterizada como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana.

De acordo com Ferreira *et al.*, (2011), a hipertensão arterial sistêmica acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento para 60% dos casos da doença em 2025.

Conforme Wenzel, Souza e Souza (2010), alguns fatores tornam-se importantes para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como o excesso de peso, o fumo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, a inatividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores.

Kubitschek e Mendonça (2013), descrevem a obesidade como dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. Estudos realizados entre adolescentes de 18 anos identificaram associação positiva entre a distribuição de gordura corporal e as doenças cardiovasculares.

Já Wagmacker e Pitanga (2011), descrevem que a inatividade física tem-se tornado como um fator determinante para a ocorrência de mortes e doenças. Estudo na Região Sul do País identificou que a longo prazo a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas.

Em um estudo realizado por Martin *et al.*, (2014) foi verificada associações positivas e significativas da hipertensão arterial sistêmica com etnia negra, diabetes, sobrepeso, obesidade central, menopausa e idade superior a 40 anos.

De acordo com Costa *et al.*, (2011) em um estudo realizado no Sul do Brasil, identificou que indivíduos que ingeriam menos de 30g de álcool por dia apresentaram menos hipertensão arterial em relação aos que não consumiam. E os indivíduos que referiram ser portadores de diabetes mellitus, apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial

Acrescenta Gus, Fischmann e Medina (2012), que a média da pressão arterial tende a se elevar tanto em homens quanto em mulheres durante toda a vida adulta, em quanto a média da pressão diastólica atinge o pico por volta dos 55 anos.

Tacon, Santos e Castro (2010), e Gus, Fischmann e Medina (2012), associam a situação socioeconômica como um fator importante na incidência de doenças, seja pelas más condições de nutrição, habitação e saneamento a que estão submetidos durante o processo de desenvolvimento, como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Feijão *et al.*, (2011), o estilo de vida têm, também, um papel crítico na determinação da pressão arterial dos indivíduos e, na prevalência da hipertensão nas populações.

Lessa e colaboradores (2014) afirmam que a menopausa e a idade elevada constituem como fatores de risco biológicos associados para a hipertensão arterial.

5.2 Ações de prevenção de Hipertensão Arterial Sistêmica:

Não controle adequado dos pacientes com hipertensão é um fator de risco para doenças cardiovasculares, renais e cerebrais. Porém o tratamento não farmacológico e farmacológico são pilares fundamentais para a prevenção das complicações. O tratamento não farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV) e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam adesão às recomendações (NOBRE *et al.*, 2010).

Participação em atividades físicas aeróbicas continuadas reduz mortalidade cardiovascular. Hipertensos de todas as faixas etárias, desde que sem comprometimento

cardíaco, devem ser estimulados à realização de, pelo menos 30 minutos diários de atividade aeróbica, de intensidade moderada a vigorosa (PREK, 2012).

Mudanças no estilo de vida constituem as medidas mais eficazes para a prevenção e para o tratamento da HAS, contribuindo para a redução do risco cardiovascular. A redução do peso corporal isolada ou associação com tratamento farmacológico, constitui a medida mais eficaz, (AMARAL; FRANCISCO, 2013).

A frequência da HTA nas pessoas com DM, fundamentalmente a tipo II, é maior que a observada na população geral, ambas são coexistentes e atuam como fatores de riscos nas doenças cardio vasculares, cérebro vasculares e vasculares periféricas (CHANGM, 2011).

Referem Toledo, Rodrigues e Cheisa (2013) e Martin e colaboradores (2014) que as taxas de morbidade e mortalidades associadas a qualquer nível de pressão arterial são menores nas mulheres do que nos homens até os 45 anos.

O controle inadequado de pacientes hipertensos na comunidade de José Carlos de Lima é uma prioridade de nosso equipe básico de saúde é um problema que precisa uma intervenção.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência das equipes de saúde da família tem grão utilidade e validade para garantir a qualidade dos serviços, requer de participação comunitária para alcançar seus propósitos, é uma ferramenta que permite a identificação dos principais problemas de saúde da população e serve de base ao planejamento estratégico em saúde. É muito importante tanto para a definição das ações a ser implementadas a fim de enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações. Dessa forma, o plano de intervenção será elaborado de acordo com a metodologia do PES Simplificado, que consta de dez passos (CAMPOS; FARIA; SANTOS,2010).

Os dados a seguir se referem ao diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da ESF José Carlos de Lima.

6.1 Definição dos problemas

O objetivo de nosso ESF José Carlos de Lima, é a estratificação de todos os hipertensos cadastrados no território, identificando-se diferentes problemas. Foram identificados os seguintes problemas:

- 1 Uso de drogas ilícita.
- 2 Controle inadequado de pacientes hipertensos.
- 3 Obesidade.
- 4 Distúrbio das Tiroides.
- 5 Alto índice de violência da família.

6.2 Priorização dos problemas

Foi confeccionada uma planilha onde os problemas foram identificados e analisados. Os critérios utilizados foram de atribuir valor alto, médio e baixo para a importância do problema; distribuição de pontuação indo de 0 a 5 conforme a urgência; capacidade de enfrentamento da equipe definindo se a solução do problema estava dentro,

fora ou parcialmente responsável pela solução; e ainda numerar os problemas por ordem de resultado (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Portanto, de acordo com os dados do SIAB (2014), o problema priorizado foi "controle inadequado de pacientes hipertensos", pois 20% (325) das pessoas da área de abrangência apresentam hipertensão arterial.

6.3 Descrição do problema

De acordo com os dados do SIAB (2014) 20% (325) das pessoas de área de abrangência apresentam hipertensão arterial . Alem disso , após começar a trabalhar, as consultas e visitas domiciliares, bem como no trabalho dos grupos operativos , realizados duas vezes o mês , observou -se que entre 50% e 60% dos pacientes não tem controle adequado da pressão arterial.

6.4 Explicação do problema

De acordo com a equipe da ESF, todos os 325 hipertensos cadastrados no SIAB deveriam ser atendidos pelo Hiperdia. Atualmente, o melhor controle é feito por um caderno de registro de participantes criado pela equipe . Não é feito um acompanhamento ideal devido ao fato que o cadastro de hipertensos fornecido pela secretaria de saúde não está com informações atualizadas. Em relação à solução do problema levantado de apatia da população em relação ao grupo de Hiperdia, o trabalho atual propõe uma mudança de conduta dos profissionais e dos participantes no dia do grupo.

Outra questão que contribui para esta falta de controle, é a apatia da população em relação ao grupo de Hiperdia, o trabalho atual propõe uma mudança de conduta dos profissionais e dos participantes no dia do grupo. As pessoas seriam atendidas individualmente pelos profissional durante as consultas dadas as informações educativas, ideais para a prevenção da hipertensão arterial verifica-se uma alimentação rica em lipídios e podre em frutas e verduras. Há baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não prática sistemática de exercícios físicos, são também fatores que contribuí a mal controle os pacientes. Essas causas são todas percebida da experiência clínica dos prestadores de saúde e não existe um método de quantificação.

6.5 Seleção dos "nós críticos"

- Não adesão a tratamento medicamentoso.
- Hábitos e estilo de vida inadequado da população (sedentarismo, alimentação não saudável).
- Processo de trabalho da equipe de saúde insuficiente para atender o problema

6.6 Desenhos das operações para os nós críticos do problema controle inadequado de pacientes hipertensos .

Quadro 1- Desenhos das operações para os nós críticos do problema controle inadequado de pacientes hipertensos.

No crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Não adesão a tratamentos medicamentosos	Adesão ao tratamento já! Estabelecer mecanismo de monitoramento para identificar os pacientes hipertensos, não aderidos a tratamento medicamentoso.	População com melhor qualidade de vida.	Recursos humanos capacitados. Protocolos implantados. Ofertas aumentadas de consultas, exames e medicamentos	Organizacional :Organizar agenda de trabalho. Cognitivo: Domínio pelos responsáveis do não adesão ao tratamento. Político: (articulação Inter setorial)
Hábitos e estilo de vida inadequado da população (sedentarismo, alimentação não saudável).	Mais Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida. Garantir o melhor cuidado.	Diminuir em 20% o número de sedentários.	Criar grupos educativos para promoção da saúde. Programa de caminhada orientada. Campanha educativa pela equipe de saúde.	Políticos- Decisão de recursos para estruturar o serviços. Cognitivo- Conhecimento de metodologias educacionais de trabalho com grupos.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Atenção Integral Implementar a	Cobertura de 100% de população	Linha de cuidado para pacientes	Cognitivo - Elaboração de projeto de linha

insuficiente para atender o problema .	linha de cuidado para a prevenção de fatores de riscos e atenção integral a pacientes hipertensos	com hipertensão arterial.	hipertensos e atenção integral a população. Protocolos implantados . Recursos humanos capacitados. Gestão de linha de cuidado Pactuação de consultas especializadas, compra de medicamentos e exames.	de cuidado e de protocolos. Político- Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional- Adequação do fluxo de referencia e contra-referência.
--	---	---------------------------	---	--

Fonte. Aatoria Própria, 2015

6.7 Identificação de recursos críticos.

Quadro 2- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definitivas para o enfrentamento dos " nos " críticos do problema.

1 Operações/Projetos	2 Recursos críticos
Adesão ao tratamento já.	Conscientização da população
Mais Saúde.	Financeiro: Financiamentos dos projetos
Atenção integral	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Organizacional: Adesão dos profissionais. Político: Mobilização do gestor para efetivar o fluxo de referencia e contra referencia. Financeiro: Aumentar os recursos para estruturar os serviços.

Fonte: Aatoria Própria, 2015

6.8 Análise da viabilidade do plano: Atores e motivadores.

Quadro 3- Proposta de ações para a motivação dos atores.

Operações /projeto	Recursos críticos.	Controle dos recursos críticos.		Ação estratégica
		Responsável pelo controle	Motivação	
Estabelecer mecanismos de monitoramento para identificar os pacientes hipertensos, não aderidos ao tratamento medicamentoso.	Organizacional: Organizar agenda de trabalho. Cognitivo: Domínio pelos responsáveis do tema a ser abordado. Político: (articulação Inter setorial)	Médico e Enfermeiro (realização das ações) Secretaria de Saúde.	Favorável	Reunião com os usuários e familiares para esclarecimento de dúvidas. Mostrar a importância das ações e o impacto na saúde e vida dos hipertensos da comunidade. Realização de Palestras de outras ações de promoção para toda a população nos diferentes espaços de atendimento.
Mais Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida. Garantir o melhor cuidado.	Políticos- Decisão de recursos para estruturar o serviços. Cognitivo- Elaboração da adequação	Médico e Enfermagem da ESF Secretaria de saúde, prefeitura municipal	Favorável	Avaliar sistematicamente a evolução de pacientes hipertensos pesquisar fatores de riscos na população Administrar os medicamentos necessários para o controle DCNT.
Implementar a linha de cuidado para a prevenção de fatores de riscos e atenção integral a pacientes hipertensos. Linha de cuidado.	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidados e protocolos. Político: Mobilização do gestor para efetivar o fluxo de referencia e	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Linha de cuidado para pacientes hipertensos. Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado implantada

	contra referencia. Organizacional: Adesão dos profissionais. Financeiro: Aumentar os recursos para estruturar os serviços.			
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria, 2015

6.9 Elaboração do Plano Operativo.

Quadro 4- Plano Operativo.

Operações	Resultado	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Estabelecer mecanismo de monitoramento para identificar os pacientes hipertensos, não aderidos a tratamento medicamentoso.	População com melhor qualidade de vida.	Recursos humanos capacitados. Protocolos implantados. Ofertas aumentadas de consultas, exames e medicamentos	Capacitações a os integrante do equipe de saúde . Grupos educativos implantados Realização de Palestras de outras ações de promoção para toda a população	Enfermeira e Médica da ESF . Secretaria de saúde, prefeitura municipal .	Início em um mês término 3 meses Apresentar o projeto em 15 dias, implantado em um mês.
Mais Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida. Garantir o melhor cuidado.	Diminuir em 20% o número de sedentários.	Criar grupos educativos para promoção da saúde. Programa de caminhada orientada.	Avaliar sistematicamente a evolução de pacientes hipertensos pesquisar fatores de riscos na população	Médico e Enfermagem da ESF. Secretaria de saúde, prefeitura municipal .	Início em dois meses. Termina em 1ano .

		Campanha educativa pela equipe de saúde.	Administrar os medicamentos necessários para o controle DCNT.		
Implementar a linha de cuidado para a prevenção de fatores de riscos e atenção integral a pacientes hipertensos	Melhorar estrutura dos serviços	Linha de cuidado para pacientes hipertensos e atenção integral população Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados. Gestão de linha de cuidados	Linha de cuidado para pacientes hipertensos. Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado implantada	Médico e Enfermagem Secretaria de saúde .	Início em dois meses. Termina em 1ano.

Fonte : Autoria Própria, 2015

6.10 Gestão do plano.

Quadro 5- Planilha para acompanhamento de projetos.

Operações	Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa
Adesão ao tratamento já.	Recursos humanos capacitados	Enfermeira e Médica da ESF	Início em um mês , término três meses		
	Protocolos implantados	Enfermeira e Médica da ESF Secretaria de saúde .	Apresentar o projeto em 15 dias, implantado em um mês		
	Ofertas aumentadas de consultas, exames e medicamentos	Secretaria de saúde, prefeitura municipal	Início em um mês , término três meses.		

Fonte : Autoria Própria , 2015

Quadro 6- Plano Ações para garantir hábitos e estilo de vida da população

Operações	Produto	Responsável	Prazo	Situação atuais	Justificativa.
Mais Saúde	Criar grupos educativos para promoção da saúde	Enfermeira e Médica da ESF	Início em um mês , término três meses.		
	Programa de caminhada orientada	Enfermeira e Médica da ESF	Apresentar o projeto em 15 dias, implantado em um mês		
	Campanha educativa pela equipe de saúde	Médico e Enfermagem da ESF. Secretaria de saúde, prefeitura municipal .	Início em dois meses. Termina em 1 ano .		

Fonte: Autoria Própria, 2015

Quadro 7- Plano Ações para a capacitações da equipe.

Operações	Produto	Responsável	Prazo	Situação atuais	Justificativa.
Atenção integral	Linha de cuidado para pacientes hipertensos e atenção integral população	Enfermeira e Médica da ESF	Apresentar o projeto em 15 dias, implantado em um mês		
	Protocolos implantados	Enfermeira e Médica da ESF Secretaria de saúde .	Apresentar o projeto em 15 dias, implantado em um mês		
	Recursos humanos capacitados	Enfermeira e Médica da ESF	Início em um mês , término três meses.		
	Gestão de linha de cuidados	Médico e Enfermagem Secretaria de saúde .	Início em dois meses, termino em 1 ano.		

Fonte: Autoria Própria, 2015.

6.11 Monitoramento e avaliação.

O monitoramento e avaliação do plano de ação ocorrerá por meio de planilha de acompanhamento das ações proposta, bem com, por meio da avaliação dos percentuais de prevalência da Hipertensão Arterial.

Quadro 8- Planilha de acompanhamento das ações.

Indicador	Atual		Em 3 meses		Em 5 meses		Em 1ano	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Números de palestras educativas realizadas								
Frequência às consultas pelos hipertensos								
Números de visitas para pesquisar fatores de riscos na população								
Atividades com os grupos de Hiperdia								
Números de capacitações dos profissionais da equipe								

Fonte: Autoria própria, 2015

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle de fatores de riscos é muito importante para diminuir a prevalência e complicações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fundamentalmente a HAS, o diagnóstico e a identificação e controle destes fatores garantira uma melhor qualidade de vida dos pacientes portadores desta doença. Garantir uma educação sanitária adequada encaminhada ao indivíduo e família, o autocuidado, a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos regularmente e o uso da medicação adequada são fundamentais para evolução clínica destes pacientes.

A Estratégia de Saúde da Família José Carlos de Lima tem um conjunto de ações programadas priorizando os grupos de riscos para conscientizar, o monitoramento e avaliação do plano de ação ocorrerá por meio de uma planilha de acompanhamento das ações propostas, bem como, por meio da avaliação do indicador “percentual para a prevalência da Hipertensão Arterial” .

Dessa forma o projeto de intervenção elaborado é muito importante para diminuir a prevalência e complicações da hipertensão arterial. A importância dessa mudança será sentida a longo prazo pelo paciente, pois irá ganhar em qualidade de vida. Além disso, o conhecimento adquirido e a maior adesão ao tratamento irão proporcionar a diminuição de problemas relacionados a sua condição patológica.

REFERÊNCIAS

- AMARAL G.C, FRANCISCO P,S. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira . **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 88, n. 4, p 452-457 . 2013.
- BORGES, H.P. *et al.* Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2010. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.2, p.110-18, 2008.
- BRAZ DA SILVA, D. **Hipertensão Arterial e complicações associadas: Análises do risco cardiovascular e de adesão ao tratamento em unidade do SUS**. (Trabalho de conclusão do curso). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- CAMPOS, F. C. C. D.; FARIA, H. P. D.; SANTOS, M. A. D. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140 p.
- CASTRO, S. I., et al. Comportamento da Pressão Arterial em Hipertensos após Única Sessão de Caminhada e de Dança de Salão: estudo preliminar. Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício - Universidade do Estado de Santa Catarina - Florianópolis, SC – Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**. Jan./fev. 2011.
- COSTA, J. S. D., et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, n.1, p.59-65, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext Acesso: 11 nov. 2015.
- CHANGM, V. VAILLANR, I, M. DOMINGUEZ , J, E. **Comportamento da Hipertensão Arterial em pacientes com Diabetes Mellitus tipo II**. VII Jornada da Ciencia. PANORAMA, CUBA Y SALUD, 2011; v. 6 especial: 17-20. Disponível em: <<https://www.php/panorama/.../33>>. Acesso em: maio 2015.
- FERREIRA, S.R.G., et al. **Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006**. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 98-106, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

FIGUEIREDO, R.C., et al. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 52, n. 9, p. 52-9, 2011.

FARIA, H. P. D., et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

IBGE, 2013. BRASIL. **Montes Claros-MG**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br>. >. Acesso em: mar. 2015.

FEIJÃO, A. M. M., et al. Prevalência de excesso de peso e Hipertensão Arterial em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 84, n. 1. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/abc/v84,n1,2011>.

GUS, I; FISMANN, A; MEDINA, C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.78, n.5, p. 478-83, 2012.

KUBITSCHKEK, MCC; MENDOÇA, G.A.S. Fatores de risco associados á hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v 83;n 4, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034891020090050000559&scripAbstract&+tlng=en>. Acesso:11 Novembro 2015.

LESSA, I. et al., Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 87,n. 6, p .747-59. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/abc/v87,n.6/11pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

MARTIN, J. F. V., et al. Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e apresentação clinica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** , v. 83, n. 2; p. 125-130, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2010. 198p.

MOLINA, M. C. B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-50, 2013.

NOBRE. F. et al. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, A. F. C.; NOGUEIRA, M. S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 388-94, 2010.

PEK. J., et.al, European guinelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. **Prevention & Rehabilitation (EACPR)**. 2012 .

SIAB, 2014. **ESF José Carlo de Lima no Município Montes Claros**. Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://www.siab.datasus.gov.br>>. Acesso em: mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, p. 1-5, 2010.

TACON, K. C. B; SANTOS, H. C. D; CASTRO,E.C. Perfil Epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em hospital públicos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. v. 8, n. 6, p. 486-9, 2016.

WAGMACKER , D.S; PITANGA , F.J.G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 15. n. 1, p. 69-74, 2011.

WENZEL,D;SOUZA,J.M.D.SOUZA,S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de saúde pública**, v. 43, n. 5, p. 789-95, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielosp.php?pid=S0034891020090050000559&script=act&+tlng=en>. Acesso: 11 nov. 2015.