

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

**YARISNELQUIS HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA AUMENTO DO  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE “ESPERANÇA”,  
MUNICÍPIO CRISÓLITA, MINAS GERAIS**

**CRISOLITA /MINAS GERAIS**

**2016**

**YARISNELQUIS HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA AUMENTO DO  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE “ESPERANÇA”,  
MUNICÍPIO CRISÓLITA. MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Eunice Francisca Martins

**CRISOLITA - MINAS GERAIS**

**2016**

**YARISNELQUIS HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA AUMENTO DO  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE “ESPERANÇA”,  
MUNICÍPIO CRISÓLITA. MINAS GERAIS**

**Banca examinadora:**

Profa. Dra. Eunice Francisca Martins – orientadora

Profa. Dara. Maria Marta Amancio Amorim - examinadora

Aprovada em Belo Horizonte em 20 de junho de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

À Deus por a oportunidade de conhecer e trabalhar no Brasil, a minha amada e incondicional família pela confiança, apoio e amor incondicional que me oferecem sempre.

À minha secretaria de saúde pela confiança depositada. Aos meus pacientes por acreditar desde o primeiro momento em meu trabalho e pelo apoio da minha equipe e as demonstrações de respeito e carinho que recebo todos os dias.

## **AGRADECIMENTOS**

Ó Deus por permitir-me chegar ao final desta missão.

Aos governos de Brasil e Cuba por esta experiência maravilhosa.

Ao povo brasileiro por confiar em mim.

Aos colegas de trabalho de nossa Unidade Básicas de Saúde “Esperança”.

A nossa professora orientadora por sua ajuda, orientações e conhecimentos transmitidos na realização do trabalho.

Aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Crisólita pelo apoio.

E melhor tirar hoje um tempo para cuidar da saúde do que ter que tirar amanhã um tempo para cuidar da doença.

**Irismar Oliveira**

(Pensamentos Para Meditação "Tira tempo para cuidar da sua saúde", 2012).

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica que envolve o aumento da pressão do sangue nas artérias. É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e com consequências danosas, sendo o diagnóstico precoce e tratamento fundamental. O estado de saúde da população brasileira é caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, onde a HAS representa um grave problema de saúde pública, por sua magnitude, risco e dificuldades no controle. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de HAS na comunidade, pelo grande número de pacientes com HAS descompensadas e pelas numerosas complicações desta doença. O objetivo geral da Proposta de Intervenção é desenvolver ações em educação em saúde para reduzir a prevalência de HAS na área de abrangência da ESF Esperança. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão de literatura sobre o tema. O acompanhamento dos resultados se dará pela vigilância ativa dos casos de HAS e monitoramento da implantação de protocolos, adequação de fluxos de referência e contra referência. Tendo em vista a situação da HAS no município, este trabalho colaborará para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção da HAS, enfatizando os estilos de vida saudáveis desde idade tenra, para neutralizar o aparecimento ou descompensação da HAS.

**Descritores:** Hipertensão arterial, equipe do ESF, promoção da saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic disease involving increased blood pressure in the arteries. It is a multivariate disease unnoticeable in the early stages, most often progressive and harmful consequences, and early diagnosis is crucial treatment. The health status of the population is characterized by a high prevalence of chronic diseases, where hypertension is a serious public health problem, by its magnitude, risk and difficulties in work. This control is justified by the high prevalence of hypertension in community, the large number of patients with decompensated SAH and the many complications of this disease. The general objective of the intervention proposal is to develop health education actions to reduce the prevalence of hypertension in the catchment area of the ESF Hope. For the development of the Intervention Plan will use the Strategic Planning Method Situational and a literature review on the topic. The monitoring results will be done by active surveillance of cases of hypertension and monitoring the implementation of protocols, adequacy reference flows and counter reference. Given the situation of SAH in the city, this work will work to strengthen health promotion and prevention of hypertension, emphasizing healthy lifestyles from an early age, to counteract the appearance or decompensated SAH.

Key words: Hypertension, ESF team, health promotion



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> População –Perfil demográfico da população estimada dos 2013, por gêneros e faixas etárias, município de crisólita MG.....	15
<b>Tabela 2</b> - Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “esperança.....	28
<b>Tabela 3-</b> Desenho das operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “esperança.....	33
<b>Tabela 4-</b> Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família “esperança.....	34
<b>Tabela 5</b> - Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Esperança 2014.....	35
<b>Tabela 6:</b> Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade Esperança.....	36
<b>Tabela 7.</b> Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na unidade Esperança.....	37-38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

APS- Atenção Primária de Saúde.

AVC- Acidente Vascular Encefálico.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

DCV - Doenças Cardiovasculares.

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

EBS- Equipe Básico de Saúde.

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

IMC - Índice de Massa Corporal

INFOMED- Sistema Informação de Ciências Médicas de Cuba.

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

NESCON -Biblioteca.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

PA - Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situação

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde.

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica.

SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1. Histórico de Criação do Município e formação administrativa .....	12
1.2. Aspectos geográficos e socioeconômicos.....	13
1.3. Aspectos Demográficos.....	14
1.4. Sistema Local de Saúde.....	16
1.5. Território/área de abrangência.....	18
1.6. Recursos da Comunidade.....	19
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	20
<b>3. OBJETIVO</b> .....	21
3.1. Geral.....	21
3.2. Específicos.....	21
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	22
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23-27
<b>6. PLANO DE INTERVENCAO</b> .....	27
6.1.1 Identificação dos problemas.....	27
6.1.2 Priorização dos problemas.....	28
6.1.3 Descrição do problema.....	29-30
6.1.4 Explicação do problema.....	30-31
6.1.5 Identificação dos nos critico.....	31
6.1.6 Desenho das operações.....	32
6.1.7 Identificação dos recursos críticos.....	34
6.1.8 Análise de viabilidade.....	34
6.1.9 Elaboração do plano operativo.....	36
6.1.10 Gestão do plano.....	37
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
<b>REFERENCIAS</b> .....	40-42

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica que envolve o aumento da pressão do sangue nas artérias. É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e sempre perigosa, sendo que o diagnóstico precoce favorece seu tratamento. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

O estado de saúde da população brasileira é caracterizado por uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, onde a HAS representa um grave problema de saúde pública. Por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle, estima-se que ela atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e tem uma prevalência entre 15% e 20%. O estudo de Cunha (2013) encontrou uma prevalência que oscilou entre 22,3% a 43,9% da população adulta, em plena fase reprodutiva e mais de 50% dos idosos. Constitui um fator de risco decisivo para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes atualmente no Brasil (MANO; PIERIN, 2005).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo definida como uma morbidade quando a PA atinge níveis a partir de 140/90 mmHg. Associa-se frequentemente à alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2011).

A HAS, por ser muitas vezes assintomática, origina dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão adequada ao tratamento (MENDES; MORAES; GOMES, 2014). Assim, essa patologia pode gerar algumas outras complicações que podem ser de grande relevância para a saúde do indivíduo, levando a complicações

cerebrovasculares, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana e vascular periférica gerando, portanto, um alto custo em tratamentos (AIRES, 2011; PIMENTA, 2012).

No ESF Esperança do município Crisólita a demanda diária de atendimentos está centrada em sua maioria nos pacientes com doenças crônicas e a HAS constitui a primeira causa de atendimento. Dada a importância do controle adequado dos pacientes com esta doença, por sua repercussão na saúde individual, comunidade e na sociedade em geral, assim como para os serviços de saúde, constitui uma prioridade da equipe de saúde. E precisa-se de ações imediatas para controle da mesma e evitar complicações.

### **1.1 Histórico de criação do município e formação administrativa**

O município de Crisólita, Estado de Minas Gerais originou-se de pequenas propriedades rurais que se dedicavam a agropecuária. Sua emancipação política ocorreu em 21 de dezembro de 1995, através da Lei nº 12.030 publicada no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais em 22/12/95, sendo um momento de festa e orgulho para os munícipes de Crisólita, pois a partir daí, havia a liberdade de escolha dos seus próprios líderes. (IBGE. 2014.)

A origem do nome – Crisólita – deu-se em decorrência da proximidade do município à cidade de Teófilo Otoni, considerada a capital das pedras preciosas e da beleza desta pedra. O nome desta pedra é derivado do grego, mas seu significado é desconhecido; talvez se refira à riqueza das faces naturais de seus cristais. Crisólita (do grego, “Pedra de Ouro”) possui brilho vítero e oleoso, e é sensível ao ácido sulfúrico. Para evitar que se danifique quando as tensões são fortes, ela costuma ser engastada sobre um suporte metálico. A jazida mais importante localiza-se no Mar Vermelho, praia vulcânica de Zebirgest (São João), a 300 km de Assuã. A Crisólita pode ser confundida com o berilo, dermatóide, diopsídio, moldativo, esmeralda, turmalina.(IBGE.2014)

## **1.2 Aspectos geográficos**

Crisólita localiza-se no Nordeste Mineiro, no vale do Mucuri. O município ocupa uma área de 960,20 km<sup>2</sup>. Suas terras espraiam-se, até os limites com os municípios de Águas Formosas, Machacalis, Umburatiba, Carlos Chagas e Pavão. Os habitantes se chamam crisolitenses. Situada a 258 metros de altitude; suas coordenadas geográficas são Latitude: 17° 14' 36" Sul e Longitude: 40° 54' 50" Oeste. Seu território pode ser descrito como montanhoso e parte ondulada, com pequenas planícies, destacando-se algumas elevações mais importantes: Morro do Penacho, Pedra da Beleza e Pedra do Sino. (BRASIL, 2014).

Hidrograficamente o município é banhado pelos rios Negro e Pampa. O clima é quente, o solo fértil é ótimo para agricultura e pastagens. A vegetação é formada em grande parte por capim brachiária e quicuia, com capoeiras e mata virgem em pequena quantidade. A fauna é formada por animais de pequeno porte: capivara, tatu, paca e outros animais. (BRASIL, 2014).

O município está localizado na macrorregião Nordeste de Minas Gerais, possui 6.047 habitantes, sendo 3.489 habitantes residentes em área urbana e 2.558 em área rural, distribuídos em uma área territorial de 969,8 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Conta com um número aproximado de 998 domicílios. (IBGE, 2010).

## **1.3 Aspectos socioeconômicos**

Crisólita é uma cidade com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,585, médio (PNUD/2000). Sua taxa de urbanização é de 27.90% (IBGE, 2000; IBGE/PNAD 2003), com uma renda média familiar de R\$289,91 per capita (IBGE, 2010). A cobertura de rede de abastecimento de água é de 88,50% (IBGE, 2000; IBGE/ PNAD, 2003).

A cobertura de sistemas de esgotamento sanitário é de 59,7% (IBGE, 2000; IBGE/PNAD, 2003). Não se conhece com exatidão a porcentagem de recolhimento de esgoto pela rede pública, mas todas as casas na zona urbana têm este serviço, o que não acontece na zona rural.

#### **1.4 Aspectos demográficos**

A taxa de crescimento anual de Crisólita é de 1.33 em 10 anos (IBGE, 2010). Possui uma densidade demográfica de 6,3 ha./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Tem uma proporção de moradores abaixo da linha de pobreza muito alta. A maior parte da população possui baixa renda familiar, condições precárias de saneamento e moradia, altos índices de violência e gravidez na adolescência, além de parte da população residir em áreas/comunidades rurais. (IBGE,2010).

As principais atividades econômicas são a pecuária. Na pecuária destacam-se a criação bovina (produção leiteira), equino e suíno. (BRASIL, 2014).

Ressaltam-se também, a renda que vem de serviços informais e também os programas sociais do governo federal como Bolsa Família, benefícios do INSS. O comércio local é pequeno e não têm indústrias, isso causa a saída dos jovens à procura de emprego. (BRASIL, 2014).

Segundo dados de Crisólita (2014) no ano 2014 a população foi predominantemente jovem com maior número de habitantes nas idades compreendidas de 20-29 anos com 951 (15.7%), seguido da faixa etária de maior de 60 anos com 795 (13,2%) e de 30-39 anos com 779 habitantes (12,7%). Existe um maior número de habitantes do sexo masculino com 3080 pessoas representando 50.9% e 2967 habitantes femininos , representando 49.1% de população. (IBGE. 2014).

Tabela 1. Perfil demográfico da população estimada em 2014, por sexo e faixa etária, município de crisólita, MG.

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Mais de 100		0,0%	0	0,0%
95 a 99 anos		0,0%	1	0,0%
90 a 94 anos	6	0,1%	12	0,2%
85 a 89 anos	15	0,2%	16	0,3%
80 a 84 anos	29	0,5%	32	0,5%
75 a 79 anos	48	0,8%	52	0,9%
70 a 74 anos	89	1,5%	93	1,5%
65 a 69 anos	102	1,7%	81	1,3%
60 a 64 anos	107	1,8%	112	1,9%
55 a 59 anos	104	1,7%	106	1,8%
50 a 54 anos	129	2,1%	138	2,3%
45 a 49 anos	166	2,7%	141	2,3%
40 a 44 anos	204	3,4%	163	2,7%
35 a 39 anos	191	3,2%	165	2,7%
30 a 34 anos	210	3,5%	213	3,5%
25 a 29 anos	242	4,0%	219	3,6%
20 a 24 anos	254	4,2%	236	3,9%
15 a 19 anos	316	5,2%	316	5,2%
10 a 14 anos	331	5,5%	354	5,9%
5 a 9 anos	296	4,9%	282	4,7%
0 a 4 anos	241	4,0%	235	3,9%
<b>Total</b>				

Fonte: SIAB,2014

O município tem uma população predominantemente urbana com 3.489 habitantes (57,7%) e na zona rural residem 2558 representando 42,3%. (BRASIL, 2014).



A população de Crisólita tem uma taxa de escolarização baixa, e a menor taxa de escolarização é na população acima de 18 anos. Tem um índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo de 0,611 (PNUD/2000). A esperança de vida da população do município é de 70 anos de idade, com um incremento deste índice nos últimos anos.(IBGE.2010)

#### **1.4 Sistema local de saúde.**

O Conselho Municipal de Saúde de Crisólita, criado pela lei municipal nº0071/97 é composto por doze membros: presidente, vice-presidente, 1ª secretária, 2º secretária, um representante da Vigilância Sanitária, um representante da Igreja Evangélica, um representante da Igreja Católica, um representante do Sindicato dos produtores, um representante da Pastoral da Criança, um representante do departamento social, um representante do departamento de educação, um representante do Sistema Único Saúde. As reuniões do Conselho Municipal de Saúde acontecem mensalmente, em todas as últimas quartas-feiras do mês. (Dados da Secretaria Municipal de Saúde Crisólita,2014). .

O Fundo Municipal de Saúde, instituído pela lei nº008/97, tem como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde e assistência social. Representa 15% do fundo de participação municipal. (Secretaria Municipal de Saúde Crisólita,2014).

Orçamento da Saúde para o ano de 2014: R\$ 3.371.648,00

Revisão do valor a ser aplicado recurso ordinário: R\$ 2.693.648,00, recursos vinculados: R\$ 678.000,000. O objetivo geral é o desenvolvimento do sistema de saúde do município de Crisólita MG através de qualificação e humanização na atenção à saúde, expansão e efetivação da atenção básica de saúde, efetivação da política municipal de assistência farmacêutica, prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, prevenção e controle da dengue e de

outras doenças endêmicas, prevenção e controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e outras doenças sexualmente transmissíveis, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, adoção de linhas de cuidado na atenção à saúde da criança, promoção da saúde do adolescente e jovem de forma – articulada com outras políticas intersetoriais, promoção da atenção à saúde da mulher, promoção da atenção à saúde do idoso voltada à qualidade de vida, ampliação da atenção em saúde mental, ampliação do acesso à atenção em saúde bucal, qualificação e humanização na gestão do SUS, destinação adequada dos resíduos dos serviços de saúde, vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes e a elaboração e implementação do Plano Municipal de Investimento da Atenção Primária da Saúde (Secretaria Municipal de Saúde Crisólita,2014).

O conselho municipal de saúde é responsável por fiscalizar os recursos de saúde, acompanhar as verbas que chegam para o (SUS) e repasses de programas federais, participar da elaboração das metas para saúde, controlar a execução das ações na saúde.

### **Estratégia de Saúde da Família**

A área urbana do município de Crisólita possui uma Estratégia de Saúde da Família que atende a região central e parte da área rural conforme o mapeamento da área geográfica, levando em consideração a proximidades entre o micro áreas e o perfil socioeconômico e aspectos epidemiológicos semelhantes.

No distrito de Nova Santa Luzia há 01 Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal modalidade I. O município de Crisólita conta atualmente com 2 (duas) Equipes de Saúde da Família e 2 (duas) Equipes de Saúde Bucal; NASF .

A população coberta pela atenção primária de saúde (APS) corresponde a cerca de 100% de cobertura total do município. Cada equipe do ESF está composta por 6 a 10 agentes comunitários de saúde (ACS), uma equipe de

saúde bucal, uma ou mais auxiliares de enfermagem, um médico, um enfermeiro, Esta composição pode variar em número em dependência da população que tenha cada ESF.

O município conta com uma sala de vacina central, um atendimento odontológico e serviço de eletrocardiografia e laboratório. Os pacientes que precisam de uma avaliação ou atendimento mais especializados são encaminhados para as cidades de Águas Formosas, Teófilo Otoni, Governador de Valadares ou Belo Horizonte.

### **1.5 Território/área de abrangência do ESF “Esperança”.**

.O ESF “Esperança” encontra-se situado Rua Professora Lurdes – centro. O território do ESF possui de 998 famílias e 6.047 habitantes cadastrados.

As consultas médicas são feitas todos os dias, distribuindo as mesmas para zona urbana e zona rural e de quinze em quinze dias oferta-se consultas em zonas de difícil acesso o atendimento domiciliar é planejado quinzenalmente.

O ESF oferece uma infraestrutura adequada para atuação dos profissionais. Os locais são de bom tamanho, tem sala de espera e área de reuniões, tem área de enfermagem, sala de curativos e vacinas. Alguns espaços têm telefone e serviço de internet, conta com muito poucos recursos e medicamentos para o atendimento da urgência e emergência médica, geralmente tem transporte sanitário, dependendo da disponibilidade que tenha a Secretaria de Saúde no momento de solicitação do serviço.

A equipe de saúde está constituído por 9 ACS distribuídas nas oito micro áreas, uma equipe de saúde bucal (composta pelo dentista e a técnico do dentista), quatro técnicas de enfermagem, dois enfermeiros e dois médicos. O NASF é composto por um psicólogo, um assistente social, uma nutricionista. O horário de trabalho é todos os dias de 07: 00 às 16: 00 horas.

## **1.6 Recursos da comunidade**

A população conta com os serviços básicos mínimos como escolas, igreja, serviço de correios, abastecimento de água, coleta de lixo, ademais somente existem alguns botecos que se dedicam principalmente à vendas de bebidas alcoólicas.

Existem dois campos de futebol e o esporte é praticado por grupos de pessoas jovens nos fins de semana, constituindo a única atividade de recreação que existe na zona.

Na área existem somente duas escolas, uma para a realização de atividades do ensino primário e outra para o ensino secundário. Os escolares são transportados nos ônibus alugados pela prefeitura.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de HAS na comunidade, pelo grande número de pacientes com essa patologia descompensada e pelas numerosas complicações desta doença.

Depois de analisar os problemas levantados, a equipe considerou que no nível local tem recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável. A realização de ações e estratégias de saúde contribuirá para a melhoria do controle da doença, ao alcançar um maior conhecimento dos pacientes portadores de HAS, estimulando mudanças e estilos de vida que brindam mais qualidade de vida e evitaram futuras complicações e mortes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Geral**

Elaborar uma proposta de intervenção para reduzir a incidência de hipertensão arterial na área de abrangência da ESF Esperança

#### **Específico**

Fomentar a educação em saúde sobre os riscos relacionados á Hipertensão Arterial na área de abrangência do ESF Esperança.

#### **4. METODOLOGIA.**

Para o desenvolvimento da intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão de literatura sobre o tema. Inicialmente foi realizado o diagnóstico de saúde da UBS “Esperança” durante o ano 2014.

Elaborou-se uma proposta do plano de ação para avaliar as ações de saúde para controle desta doença, descrevendo cada etapa, conforme proposto por (CAMPOS; FARIA ; SANTOS, 2010).

Para a revisão da literatura foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica; estratégia de saúde da família; educação em saúde. A revisão de literatura sobre o tema foi feita junto à base de dados de registros eletrônicos sobre o tema específico de HAS, em especial as páginas da rede mundial de computadores, os dados eletrônicos das bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de saúde (BVS), Biblioteca virtual NESCON.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as causas mais comuns de morbimortalidade em todo o mundo, sendo considerada ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco. A HAS representa um dos maiores desafios em saúde pública, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle como doença e em seu papel de fator de risco para outros problemas de saúde, particularmente em sinergia com outras Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) – Diabetes, Cardiopatias, etc. (GUEDES et al., 2011).

A HAS pode ser dividida em primária (essencial) ou secundária, de acordo com sua etiologia. Sabe-se que a HAS primária corresponde a cerca de 90% a 95% dos casos em adultos, tendo como desencadeantes fatores genéticos e/ou fatores que promovam desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica (KODA; NAKAMOTO, 2012).

As (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do mundo incluindo o Brasil (OPS, 2014). Por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle, estima-se que ela atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e tem uma prevalência entre 15% e 20%. Em estudos tem-se encontrado uma prevalência que oscila entre 22.3% e 43.9% da população adulta, em plena fase reprodutiva e mais de 50% dos



idosos (CUNHA *et al.*, 2012). Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm HAS . (OPS, 2014).

A HAS é fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando está associada a outros fatores de risco como Diabetes Mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as conseqüentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (BRASIL, 2013).

No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015). No Brasil ela é responsável por 40% dos casos de infarto, 80% de AVC e 25% de insuficiência renal terminal. As quais são responsáveis aproximadamente por 45% das mortes no Brasil atualmente. (BRASIL, 2015).

É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e sempre perigosa, por isso, com diagnóstico precoce seu tratamento é melhor para a redução de suas complicações. No Brasil existe uma grande quantidade de pessoas hipertensas, que abandonam o tratamento ou o fazem de maneira irregular, já seja por desconhecimento ou por problemas financeiros (LOPES, 2012).

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Em relação aos cuidados não farmacológicos, os objetivos referem-se a mudanças no estilo de vida, incluindo os cuidados com dieta com restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos (MANFROI, DOLIVEIRA, 2006; NOBRE, *et al.*, 2003).

Tratamento não medicamentoso

É de extrema importância conscientizar o paciente da necessidade de uma mudança de estilo de vida, uma vez que tais medidas podem representa uma redução relevante nos níveis de pressão arterial (APARECIDA TERUKO; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

Impacto da mudança de estilo de vida no controle da pressão arterial (APARECIDA TERUKO; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

- A manutenção do peso com índice de massa corporal de 18,5 a 24,9 garante uma redução de 5 a 20mmHg da pressão sistólica.
- Consumo de dieta rica em frutas, vegetais, laticínios de baixo teor de gorduras e redução de gorduras saturadas e totais garante uma redução de 8 a 14mmHg da pressão sistólica.
- Uma dieta com redução da ingestão de não mais que 100mEq/L (2,4g de sódio ou 6g de cloreto de sódio) garante uma redução de 2 a 8mmHg da pressão sistólica.
- A prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas vigorosas por 30 minutos por, pelo menos, 5 dias da semana garante uma redução de 4 a 9mmHg da pressão sistólica
- Limitar o consumo a não mais que 2 drinques por dia para homens e 1 para mulheres garante uma redução de 2 a 4 mmHg da pressão sistólica.

#### Controle do peso

Pacientes hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de ingesta calórica e aumento de atividade física com o objetivo de manter o índice de massa corporal abaixo de 25Kg/m<sup>2</sup> e circunferência abdominal inferior a 102cm para homens e 88 para mulheres.

#### Padrão alimentar

Os alimentos ricos em sódio e gorduras saturadas devem ser evitados, ao passo que aqueles ricos em potássio e fibras podem ser utilizados. A dieta do estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hipertention) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-

hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados; quantidades reduzidas de saturadas e colesterol; maiores quantidades de fibras, potássio, cálcio e magnésio.

#### Redução do consumo de sal

É indicado o consumo de 5g de sal por dia, correspondente a 4 colheres de café (4g) rasas de sal adicionadas aos alimentos, que contém 2g de sal. Para tanto, recomenda-se reduzir o sal adicionados aos alimentos, evitar o saleiro à mesa e reduzir ou abolir a ingesta de alimentos industrializados. Por outro lado, a redução excessiva de sal na dieta também deve ser evitada, principalmente em pacientes usuários de diuréticos, podendo provocar hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração.

#### Moderação no consumo de bebida alcoólicas

É recomendado o consumo de no máximo 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres. Pacientes que não se adaptarem a estes limites devem abandonar o consumo de álcool.

#### Exercício físico

A prática de atividade física regular está indicada para todos os indivíduos, e, para os hipertensos usuários e não usuários de medicamentos anti-hipertensivos. Antes de iniciar programas regulares de atividade física, os hipertensos devem ser submetidos à avaliação clínica especializada, avaliação pré-participação (para eventual ajuste dos medicamentos) e recomendações médicas associadas ao exercício. (APARECIDA TERUKO; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das UBS tendo em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Dentro das ações de saúde que pode desenvolver na UBS para o controle da HAS destaca-se a educação permanente em saúde para seus trabalhadores e a educação em saúde para a população em geral. Esta estratégia é a melhor ferramenta de

trabalho para atingir uma melhor qualidade de vida dos pacientes com HAS, favorecendo a mudança de hábitos e estilos de vida saudável e adesão ao tratamento (OLIVEIRA, 2013).

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Diagnóstico situacional de ESF Esperança**

Para a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “esperança” foram utilizados vários instrumentos para a identificação dos problemas como a observação ativa da equipe no próprio processo de trabalho diário, as reuniões internas e externas efetuadas mensalmente, a realização de entrevistas para o pessoal da comunidade, o uso de informações utilizando o sistema de atenção básica de saúde (SIAB) e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Este diagnóstico foi baseado no método da estimativa rápida.

#### **6.1.1 Identificação dos problemas**

Após discussão com a equipe de saúde, destacamos os seguintes problemas na área de atenção do ESF Esperança Crisólita, MG:

- Aumento das demandas do atendimento dos pacientes por HAS.
- Aumento das demandas do atendimento dos pacientes por diferentes doenças.
- Aumento de casos de gravidez na adolescência.
- Alta incidência de parasitoses intestinais.
- Hábitos inadequados de alimentação.

#### **6.1.2 Priorização dos Problemas.**

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas tendo em conta os critérios de importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da EBS.

A importância do problema foi classificada como alta média e baixa. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez. Em relação à capacidade de enfrentamento da equipe ao problema foi classificado como fora ou parcial de acordo com as possibilidades da solução do problema por parte da equipe, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2. Priorização de problemas. Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde “Esperança”. Crisólita, MG. 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento das demandas do atendimento dos pacientes por HAS descompensada	ALTA	7	PARCIAL	1
Aumento das demandas do atendimento dos pacientes por diferentes doenças	ALTA	7	PARCIAL	2
Aumento de os casos de gravidez na adolescência	ALTA	7	PARCIAL	3
Hábitos inadequados de alimentação	ALTA	6	PARCIAL	4
Alta incidência de parasitoses intestinais	ALTA	7	PARCIAL	5

Fonte: Dados ESF “Esperança” (2014).

### **6.1.3 Descrição do Problema.**

Com base nas características da doença, temos de levar em consideração que a HAS é uma doença crônica que envolve o aumento da pressão do sangue nas artérias. É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e sempre perigosa, por isso, com diagnóstico precoce seu tratamento é melhor. O estado de saúde da população brasileira é caracterizado por uma alta prevalência de DCNT dominando o quadro epidemiológico do país, onde a HAS representa um grave problema de saúde pública. Por sua magnitude, risco e dificuldades em seu controle, estima-se que ela atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e tem uma prevalência entre 15% e 20%. Em estudos tem-se encontrado uma prevalência que oscila entre 22.3% e 43.9% da população adulta, em plena fase reprodutiva e mais de 50% dos idosos (Cunha *et al.*, 2012). Constitui uma doença e um fator de risco, a HAS representa um dos maiores desafios em saúde pública, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle como doença (GUEDES, et al., 2011).

No ESF Esperança tinha cadastrado no ano 2013, 434 portadores de HAS 74 portadores de diabetes, 60 portadores de deficiência, 19 com epilepsia, 13 alcoólatras, 1 com hanseníase; porém consideramos que há um grande número de pacientes que não estão cadastrados.

As principais causas de internação no ano de 2013 segundo dados do (SIH/DATASUS,2013) foram: complicações do aparelho circulatório complicações de diabetes e AVC.

As principais causas de óbitos no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados, foram: doenças do aparelho circulatório, algumas afecções originadas no período perinatal e doenças do aparelho respiratório.

O ESF Esperança tinha cadastrado no ano 2013, 3.206 habitantes. A população maior de 19 anos era de 2.071 e desses haviam registrados 434 hipertensos, o que representa 20,9% (IBGE, 2010). Considera-se que há um

grande numero de pacientes que não estão cadastrados e por tal razão não estavam notificados.

Dos pacientes hipertensos foram atendidos 340 no Centro de Saúde e desses, 200 foram tratados por HAS descompensada, o que representa 58.8%. Desse total 26% foram atendidos em hospital e encaminhados para a equipe e cerca de 10% deles apresentavam complicações, mostrando que é um problema de saúde de grande importância.

No ano de 2015 foram diagnosticados no período de maio até setembro, 25 novos casos de HAS e em um primeiro encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos Hipertensão 60% do grupo estavam descompensados. Neste mesmo período houve 20 internações e 5 óbitos por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares representando 25% do total.

Esses dados mostram que apesar do trabalho para diagnóstico, tratamento e controle da HAS, as ações de promoção e prevenção de saúde realizada pela equipe são insuficientes.

#### **6.1.4 Explicação do problema**

Aumento das demandas do atendimento dos pacientes por HAS descompensadas

##### **Causas do problema:**

- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Dieta inadequada
- Tabagismo
- Consumo de álcool
- Sedentarismo e atividade física irregular
- Obesidade
- Insistência dos pacientes às consultas

- Dificuldades em seguimento dos pacientes com HTA
- Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde.
- Baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador
- Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidador
- Controle inadequado dos pacientes hipertensos
- Tratamento farmacológico inadequado
- Abandono do tratamento
- Ausência de fármacos
- Tratamento irregular

**Consequências:**

- Aumento das crises hipertensivas
- Aumento das hospitalizações
- Aumento das complicações cardiovasculares
- Aumento das doenças cerebrovasculares
- Aumento das complicações renais
- Aumento das retinopatias hipertensivas
- Aumento da mortalidade

**6.1.5 identificação e seleção dos “nós críticos” referidos ao problema principal**

Diante desta situação, alguns “nós críticos” foram identificados como fortes mantenedores do problema:

- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Tratamento farmacológico
- Processo de trabalho da equipe de saúde



### **6.1.6 Desenho das operações.**

Caracteriza-se pelo desenho das operações, o qual tem o objetivo de descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações

TABELA 03 Desenho das operações para os “nós” críticos do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Esperança”.Crisólita. MG. 2014.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Nível de informação	Saiba mais sobre HAS.	População mais informada sobre HAS	Programa de informação a população	Cognitivo Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional Organizar agenda Político (articulação intersetorial) Mobilização social
Estrutura dos serviços de saúde	Contribuímos com seu melhor cuidado	Garantia das consultas especializadas para hipertensos e suas famílias.	Capacitação de pessoas Consultas especializadas Compra de medicamentos	Políticos Decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiros Garantir os recursos para a pesquisa Cognitivo Elaboração da adequação
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema	Linha de cuidado	Cobertura de 100% das famílias com hipertensos	Linha de cuidado para pesquisa ativa de HAS e monitoramento. Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional Adequação de fluxos (referência e contra-referência)

## Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do no crítico do problema HAS descompensada

### 6.17 Operação/Projeto

Identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

Tabela 4. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da área de abrangência da unidade de saúde da família “Esperança”. Crisólita. MG. 2014.

Saiba mais de HAS	Político - conseguir o espaço de difusão por automóvel falante. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político– decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	Político– articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)

### 6.1.8 Análise da Viabilidade.

Está dirigido à análise de viabilidade do plano: Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para o desenvolvimento de cada operação, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

### **Proposta de ações para a motivação dos atores**

Tabela 5. Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Esperança”. Crisólita. MG. 2014.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saiba HAS	Político-conseguir espaço na divulgação local. Financeiro-para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações
		Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações
Contribuímos com seu melhor cuidado Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político-decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros-recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas)	Perfeito municipal	Favorável	Apresentar projeto
		Secretario Municipal de Saúde	Favorável	
		Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	
Linha de cuidado	Político-articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

### 6.1.9 Elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação, o gerente da operação e definir os prazos para a execução das operações para o cumprimento das ações necessárias

Tabela 6. Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Esperança”. Crisólita. MG. 2014.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saiba mais de HAS.	População mais informada sobre HAS.	Realização de Palestras de risco de HAS descompensada Reprodução de Material audiovisual de complicações de HAS e como preveni-los na sala de espera da ESF.	Enfermeira e técnica de enfermagem do ESF  Enfermeira e técnica de enfermagem do ESF	Início um mês  Início um mês
Contribuímos com seu melhor cuidado	Adequação da oferta de consulta à demanda.	Definir os protocolos de atendimento de atendimento de famílias com HAS segundo risco	Médico do ESF	Início em dois meses
Linha de cuidado	Cobertura de consultas na USF e coordenação da avaliação por especialistas em 100% de pacientes com complicações de HAS descompensados	Linha de cuidado para adolescentes com suspeita de hipertensão.  Recursos humanos capacitados	Médico do ESF  Médico do ESF e Especialistas.	Início em três meses  Início em dois meses
		Gestão de linha	Secretaria de Saúde	Início em dos

		de cuidado implantada		meses
--	--	-----------------------	--	-------

### 6.1.10 Gestão do plano.

A Gestão do Plano e está centrada em desenhar um modelo de gestão do plano de ação e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos indicando as correções necessaries

Tabela 7. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS “Esperança Crisólita MG, 2014”.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saiba mais de HAS	População mais informada sobre HAS	Enfermeira e técnica de enfermagem do ESF  Enfermeira e técnica de enfermagem do ESF	Início um mês  Início um mês	População mais informada sobre HAS em um 50%	População com alto grau de analfabetismo e crenças e costumes arraigadas	6 meses
Contribuímos com seu melhor cuidado	Adequação da oferta de consulta à demanda.	Médico do ESF	Início em dois meses	Adequada oferta de consulta a demanda em 75%	Algumas Falhas nas organização do processo de trabalho por dificuldade de ACS	8 meses

					para estabelecer prioridade no agendamento das consultas	
Linha de cuidado	Cobertura de consultas na USF e coordenação da avaliação por especialistas em 100% de pacientes com complicações de HAS descompensada	Médico do ESF  Médico do ESF e Especialistas.  Secretaria de Saúde	Início em três meses  Início em dois meses  Início em dois meses	Aumento da cobertura de consultas na USF e coordenação da avaliação por especialistas em 50%	Pouca quantidade de consultas de especialistas ofertadas por SUS mensalmente	1ano

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por esta razão e com base na taxa atual de pacientes hipertensos na área da saúde, a real necessidade de uma estratégia educacional, voltada para diminuição da HAS se detectou hábitos e estilos de vida negativos na comunidade que incidem diretamente sobre o controle da hipertensão arterial na área de saúde. Dada a importância de seu controle, avaliação, e seguimento adequado por sua repercussão na saúde individual, comunidade e na sociedade em geral, assim como para os serviços de saúde precisa-se de ações imediatas que ocasionem mudanças nestes pacientes, estando a solução do problema dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

A educação permanente em saúde constitui uma valiosa e importante ferramenta de trabalho dentro das ações de saúde como forma de um melhor controle dos pacientes com HAS e estímulo ao desenvolvimento dessas mudanças.



## REFERÊNCIAS

AIRES, M. M. (Cols.) **Fisiologia**, 3. ed. Rio de Janeiro/RJ, Editora Guanabara Koogan, 2011.

APARECIDA TERUKO, Y; LAVRAS, C.; DEMUNER, S. São Paulo. Secretaria de Saúde. Gabinete do secretario. Assessoria técnica. Manual de orientação clinic: Hipertensão Arterial Sistêmica São Paulo;SEs/SP, 2011.68 p.;tab; graf. Disponível em:  
<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/manual-de-orientacao-clinica-de-hipertensao-arterial/lc\\_hipertensao\\_manual\\_2011.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/manual-de-orientacao-clinica-de-hipertensao-arterial/lc_hipertensao_manual_2011.pdf) Acesso: 23/11/2014.

BRASIL. Abc. Med. Informações sobre sua saúde. Hipertensão Arterial. 8 de Agosto 2015. Disponível em :  
<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm> . Acesso: 8/08/2015.

BRASIL. Cursos Online. **Hipertensão arterial sistêmica**: veja as causas e sintomas.2011. Disponível em :  
<http://cursosonline.uol.com.br/assinatura/artigos/medicina-e-saude/hipertensao-arterial-sistemica-veja-as-causas-e-sintomas/#rmcl> Acesso: 2/04/2014.

BRASIL. **Município Crisolita**. Disponível em: <http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-crisolita.html>. Acesso: 2/04/2014.

BRASIL. IBGE. Cidades. **Dados gerais município Crisolita. MG**.2010. Disponível em:  
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=312015&search=minas-gerais|crisolita|infograficos:-dados-gerais-do-municipio> . Acesso: 17/11/2014

BRASIL. IBE. **Estimativa da população do município Crisolita, MG**. Ano 2014. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm)> . Acesso: 17/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p. il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 37**) .Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf). Acesso: 17/11/2014.

BRASIL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Online, v. 17, n, 1, p. 1-69, jan./mar. 2010. Disponível em: [http://www.publicacoes.Cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://www.publicacoes.Cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso: 21/03/2014.

CAMPOS, C. F.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Elaboração do plano de ação**. In: Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CUNHA, P.R.M.S. et al. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, v.13, n.3, p11-16, set/dez, 2012.

CUNHA, C. A visita domiciliar a estratégia saúde da família: desafios de se mover no território. **Interface. Comunic.; Saúde. Educ.** v. 17, n. 44,p61-77, jan/mar, 2013. Disponível em: <http://www.Scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>. Acesso: 15/11/2014.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-716720110006000008&ing=en&nrm](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-716720110006000008&ing=en&nrm). Acesso: 15/11/2014.

KODA, NAKAMOTO. Como diagnosticar e tratar a Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista brasileira de medicina**. Abri /12. vo. 9, n. 14. pág. 78-86. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5009](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009). Acesso: 09/10/2014.

.LOPES, R.D. **Baixa Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo**: uma revisão teórica, 2012. Disponível em : <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca><. Acesso: 23/11/2014.

MANFROI, A: A; DOLIVEIRA, F. Dificuldades da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 2, n. 7, 2006. Disponível em :<<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/52/42>

MANO. G.M.P. PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhada pelo Programa Saúde de Familiar em um Centro de Saúde Escolar. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v.18, n. 3 ju/set, 2005.

MENDES GS, MORAES CF, GOMES L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2014; 9(32): 273-278. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)795). Acesso: 10/10/2014.

NOBRE, F. et al. Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, v., 17, n. 5, jan/mar. 2003.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). Doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. 2014. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=569:-conceito&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:-conceito&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539) Acesso: 17/11/2014.

PIMENTA, E. Hypertension in women. **Hypertension research**, Toyonaka, v. 35, n. 2, p. 148-152, Feb 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CRISÓLITA ,MG, 2014.

SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA (SIAB) .2014. Disponível em: <http://www.ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab.html> Acesso: 17/1/2014.