

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROBERTO ANTONIO QUINTELA RODRIGUEZ

**IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES
HIPERTENSOS DO PSF VELIADOR MIGUEL VILAS BOAS EM INCONFIDENTES**

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2016

ROBERTO ANTONIO QUINTELA RODRIGUEZ

**IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES
HIPERTENSOS DO PSF VELIADOR MIGUEL VILAS BOAS EM INCONFIDENTES**

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

Orientadora: Prof.^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Aprovada em Alfnas: _____/_____/_____

RESUMO

Considera-se Hipertensão Arterial Sistêmica uma doença crônica de diversas etiologias e fisiopatogênica multifatorial. Dentre dos principais facilitadores para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, destaca-se a educação em saúde, abordando a hipertensão arterial e suas características, orientações sobre o tratamento farmacológico e não-farmacológico, cuidados e atenções individualizadas, de acordo com as necessidades e o atendimento médico facilitado. Diante disso, foi elaborado um projeto de intervenção no PSF Vereador Miguel Vilas Boas, município Inconfidentes-MG, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre o tratamento não farmacológico dos pacientes hipertensos, por meio da efetivação de ações de educação em saúde. No projeto deverão ser envolvidos todos os hipertensos cadastrados na equipe de saúde do PSF Vereador Miguel Vilas Boas. Para se atingir os objetivos propostos, foram previstos os seguintes procedimentos: a identificação da população com hipertensão arterial, entre os pacientes cadastrados na unidade e agendamento de consultas individuais. E assim, convocados por microáreas para reuniões na unidade de saúde para a realização de ações educativas e preventivas, sendo discutido um tema relacionado ao estilo de vida saudável, de acordo com o profissional selecionado para a data. Após a realização da intervenção educativa será feita uma segunda pesquisa para medir os resultados. Dessa forma, pode-se analisar o conhecimento dos hipertensos antes e depois das intervenções educativas em saúde. Espera-se com esta medida aumentar a adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Promoção da Saúde

ABSTRACT

It is considered systemic hypertension a chronic disease of various etiologies and multifactorial fisiopatogênica. Among the main facilitators for better adherence to antihypertensive treatment, health education stands out addressing high blood pressure and its characteristics, guidelines on the pharmacological and non-pharmacological treatment, care and individualized attention according to the needs and care Medical facilitated. There will be a project of intervention in the PSF Vereador Miguel Vilas Boas, municipality of Inconfidentes- MG, in order to raise awareness of the non-pharmacological treatment of hypertensive patients beams of effective health education actions. The project involved all hypertensive patients registered in the PSF Veliador Miguel Vilas Boas. To achieve the proposed objectives, the following procedures will be performed: identification of the population with hypertension, present among patients registered in the unit, scheduling individual appointments. Will be summoned by micro areas for meetings at the facility in which every day the beams of educational and preventive actions will be discussed a topic related to healthy lifestyle, according to the professional selected for the date. Upon completion of the educational intervention a second survey will be done to measure the results. Thus, one can analyze the knowledge of hypertension before and after educational interventions in health. It is hoped that this measure increase adherence to non-pharmacological treatment of patients.

Keywords: Hypertension. Health Education. Health Promotion.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	Aspectos histórico do município de Inconfidentes.....	8
1.2	Aspectos demográficos.....	11
1.3	Sistema local de saúde.....	11
1.4	Território/Área de abrangência.....	13
1.5	Unidade básica de saúde.....	13
1.6	Problemas de saúde.....	14
1.7	Diagnóstico situacional.....	15
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVO	19
4	REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1	Definição de hipertensão arterial sistêmica.....	20
4.2	Sinais e sintomas.....	20
4.3	Etiologia.....	21
4.4	Prevenção.....	22
4.5	Tratamento farmacológico e não farmacológico.....	26
4.5.1	Tratamento farmacológico.....	27
4.5.2	Tratamento não farmacológico.....	28
5	METODOLOGIA	30
5.1	Tipo de pesquisa.....	30
5.2	Sujeitos envolvidos nos benefícios das intervenções.....	30
5.3	Contexto das intervenções.....	30
6	PLANO DE AÇÃO	31
7	RESULTADOS ESPERADOS	33
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada, atualmente, um sério problema de saúde pública em nível mundial. Estudos recentes demonstram que a hipertensão afeta entre 30 a 40% da população adulta. Essa prevalência incrementa-se com a idade e chega a estar presente em mais de dois terços da população maior de 60 anos, o que promove sua importância epidemiológica pelo envelhecimento da população na maioria dos países do mundo (HERRERA, 2011).

No Brasil, a HAS é relevante dada sua expressiva prevalência, por ser assintomática e pelas suas graves complicações, levando a incapacidades permanentes. Em decorrência disso, a detecção desse problema, normalmente, é tardia, o que dificulta aos portadores a aderência ao tratamento e ao controle da mesma (HERRERA, 2011).

A HAS é considerada uma doença crônica de diversas etiologias e fisiopatológica multifatorial, acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, do sistema renina-angiotensina, alterações renais, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial, que podem ser seguidas de lesões em seus órgãos-alvo como vasos, coração, retina e rins (CABALLERO, 2013).

Autores afirmam que os portadores de hipertensão arterial apresentam problemas que não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica. Existem outras dificuldades para a adesão ao tratamento, dentre as quais, a aceitação de ser portador de problema crônico, o desconhecimento em relação à patologia e suas consequências e a necessidade de apoio para mudanças de hábitos de vida. As transformações expressivas na vida dos indivíduos portadores dessa patologia são evidenciadas não apenas na esfera biológica, mas também na psicológica, na familiar, social ou econômica, pela possibilidade de agravamento em longo prazo, o que compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas (SELLÉN, 2009; GARCÍA, 2008; GIRALT, 2011).

Exercem influência no processo de adesão a cronicidade da doença, a ausência de sintomatologia específica, o surgimento das complicações em longo prazo e a falta de percepção de que o tratamento será por toda a vida (ACHIONG, 2011). Esses fatores estão relacionados ao paciente, à doença, à religião, aos hábitos culturais e de vida, ao tratamento, às políticas de saúde, ao acesso e à distância da rede básica de saúde, bem como ao apoio oferecido pela equipe multidisciplinar de saúde (MANCIA et al., 2013). Além disso, há necessidade de adoção de medidas higiênico-dietéticas e comportamentais que implicam mudanças no estilo de vida (GARCÍA, 2008).

Em face do conhecimento desses fatores, os profissionais de saúde devem proporcionar conhecimentos não apenas ao portador de hipertensão arterial, mas também à família, sobre questões relativas à doença, dieta, prática de exercícios físicos e lazer como medida de relaxamento para diminuir o estresse diário, controle da obesidade, sedentarismo, dislipidemias, abandono do tabagismo e redução da ingestão de bebida alcoólica (SELLÉN, 2009).

Deve-se considerar o passado cultural, a experiência de vida, o conhecimento sobre o corpo e a patologia do cliente, pois todos apresentam uma história de vida, valores, crenças e práticas familiares que contradizem a visão do profissional de saúde (ZANCHETTI, 2012). Dentre os principais facilitadores para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, destaca-se a educação em saúde , abordando a hipertensão arterial e suas características, orientações sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, cuidados e atenções individualizadas de acordo com as necessidades e o atendimento médico facilitado (MANCIA et al., 2013).

No entanto, a motivação pela aprendizagem é fundamental para o devido esclarecimento sobre os problemas de saúde, exames, procedimentos e possível mudança do estilo de vida e hábitos familiares do indivíduo (ALVAREZ; CABALLERO, 2012). Merece destaque o engajamento do cliente quanto ao autocuidado , com o objetivo de aprender sobre a doença, sobre o tratamento em seu cotidiano, tendo como rede de apoio social os familiares e os profissionais de saúde. Portanto, não depende somente do esforço do profissional de saúde (MANCIA et al., 2013). A participação do enfermeiro na assistência ao paciente hipertenso tem contribuído para melhorar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial (ZANCHETTI, 2012; ALVAREZ; CABALLERO, 2012).

1.1 Aspectos históricos do município de Inconfidentes

O município de Inconfidentes está localizado a 437 Km de Belo Horizonte e a 60 km de Pouso Alegre , limita com os municípios Ouro Fino, Borda da Mata e Bueno Brandão. Conta com uma população de 7.217 mil habitantes.

Originou-se com a vinda dos bandeirantes em busca de ouro nesta região. Eles foram os primeiros habitantes de Inconfidentes. Instalaram-se às margens do Rio Mogi Guaçú, que então pertencia ao Município de Ouro Fino. Como a atividade mineradora não surtiu o efeito esperado, o povoado de Mogi Acima, primeiro nome do lugar, passou a dedicar-se a agricultura.

Foi então que o ourofinense Júlio Bueno Brandão, que no exercício da Presidência do Estado de Minas Gerais, de outubro de 1908 a abril de 1909, tomou todas as providências para a aquisição pelo Governo Estadual de terreno necessário à criação de uma Colônia Agrícola de Estrangeiros, no sul de Minas Gerais. Logo em seguida foi doado ao Governo Federal, que através do Ministério da Agricultura, iniciou a instalação da colônia em 22 de maio de 1910, sob a direção do engenheiro Dr. Carlos Pereira da Silva.

Essas terras, num total de 810 hectares, pertenciam a Joaquim Policarpo Alves da Cunha, Antônio Vieira Teles, José Luiz de Souza, Lourenço Otaviano da Costa, Francisco da Costa, João Oliveira Simões, Antônio da Silva Rodrigues e outros. Ministério da Agricultura, através do Serviço do Povoamento, dividiu essas terras em 205 lotes, que foram distribuídos pelos colonos, que eram: italianos, espanhóis, portugueses, russos, estonianos, franceses, suíços e outras nacionalidades.

A Colônia Agrícola tomou o nome de Núcleo Colonial Inconfidentes, por determinação do Ministro da Agricultura, Rodolfo Nogueira da Rocha Miranda, numa homenagem a Minas Gerais, em uma alusão aos heróis da Inconfidência Mineira, como Tiradentes e Alvarenga Peixoto, este último foi proprietário de uma fazenda no Município de Ouro Fino, na época em que o território pertencia a Campanha.

O Núcleo Colonial Inconfidentes era dirigido pelo Dr. Antônio de Arantes Bueno e por Teófilo Tavares Paes. A partir de 1918, passou a ser dirigido por um zelador, cargo que foi ocupado sucessivamente por Teófilo Tavares Paes, José Toledo e José Junqueira Júnior.

A função agrícola do núcleo foi reforçada com a transferência, em 1920 do Patronato Agrícola Visconde de Mauá, do Rio de Janeiro para Inconfidentes, estabelecimento, que através dos tempos se transformou em: Aprendizado, Escola de Iniciação Agrícola, Escola Agrícola, Ginásio Agrícola, e atualmente Escola Agrotécnica Federal de Inconfidentes - EAFI.

Durante a época do Núcleo Colonial de Inconfidentes, em 1912, foi iniciada a construção da capela, pelo Dr. Antonio de Arantes Bueno, Diretor do Núcleo. Foi provisionado em 9 de janeiro de 1913, sendo seu primeiro encarregado o Revmo. Cônego Heriberto Goellersdofer, sacerdote natural da Áustria.

Em 12 de dezembro de 1953, através da Lei Estadual n.º 1039/53, o Núcleo Colonial foi elevado a Distrito de Paz. Sua situação econômica favorável propiciou a criação do Município em 30 de dezembro de 1962, através da Lei n.º 2764 e pelo mesmo ato o Distrito de Inconfidentes adquiriu foros de cidade. Sua instalação aconteceu no dia 1º de março de

1963. Antes da realização da primeira eleição municipal, o município de Inconfidentes foi administrado pelo Senhor Remo Morganti, como intendente municipal. O primeiro Prefeito do Município foi o farmacêutico Sr. Rogério Bernardes de Souza, em seguida o Senhor Mário Bonamichi, este último era vice-prefeito ao lado do Prefeito Rogério Bernardes de Souza, e assumiu o cargo em virtude da renúncia do Sr. Rogério.

Inconfidentes é uma cidade tipicamente mineira, onde a hospitalidade e a garra de um povo estão intrínsecas no cotidiano de sua população, cuja cidade consegue guardar características especiais encontradas em sua história, mas que, ao mesmo tempo, é empreendedora em sua economia, basicamente voltada para o setor têxtil e, na agropecuária, na cafeicultura.

Pode-se encontrar nessa cidade, entre outras coisas, traços marcantes das belezas de Minas Gerais, como as serras e montanhas, os voos rasantes dos tucanos, a festa dos canários-da-terra, capivaras, o zelo das casas antigas, o som das quedas d'água nas cachoeiras, a vegetação nascente ou o sossego do gado no meio das estradas rurais. Mas também pode fazer compras na terra do crochê, conhecer as maravilhas da tecnologia da indústria têxtil ou o capricho dos produtos feito à mão. São tantos produtos, como artigos em crochê, malhas, artesanatos, cama, mesa e banho, bucha vegetal, que seria impossível listar um a um.

Inconfidentes é um excelente roteiro para quem deseja explorar um diferencial no turismo de Minas. Para quem quer contar uma nova história ou simplesmente fazer compras Inconfidentes integra o Circuito das Malhas e o Caminho da Fé.

Em relação aos aspectos geográficos: o município conta com área total de 149,70 km². Concentração habitacional: 48,20 hm², nº aproximado de domicílios e famílias: 4.000 mil.

Quanto aos aspectos socioeconômicos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,692, a Taxa de Urbanização: 40%, a renda Média Familiar: 1 a 3 salários mínimos.

O município é abastecimento com água tratada e esgotamento sanitário por rede pública e suas principais Atividades Econômicas: Agricultura, Agropecuária, Setor Têxtil (malhas e crochê).

1.2 Aspectos demográficos

Quadro1 - Total da população do município de Inconfidentes.

Município: Inconfidentes.										
Total da População: 7217										
Nº de Indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Área Urbana	14	135	224	198	240	231	1042	1085	558	3727
Área Rural	20	182	321	274	388	201	636	972	496	3490
Total	34	317	545	472	628	432	1678	2057	1054	7217

A Taxa de Crescimento Anual é de 0,692, a densidade demográfica: 46,44 hab / km², a Taxa de Escolarização: 2000 a 2010: 5 a 6 anos - 66,50% - 11 a 13 - 40,36% - 15 a 17 - 76,99%. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 7,7%, o Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: 5,89 a população (usuária da assistência de saúde no SUS: 0,82%.

1.3 Sistema local de saúde

Conselho Municipal de Saúde- CMS (composição, regularidade de reuniões etc): O CMS é composto por 08 conselheiros, sendo 02 compõe o governo 02 prestadores, 02 trabalhadores da área da saúde e 02 usuários do SUS, cada um possui seu suplente em caso de falta de algum do conselho. As reuniões são realizadas mensalmente na sede do conselho na própria secretaria de saúde. As reuniões são lavradas em atas e assinada pelos seus respectivos representantes. O conselho fiscalisa todas as ações de saúde.

O município possui um fundo municipal de Saúde (FMS), onde são repassados todos os incentivos ao município, o secretário e a prefeita municipal possuem senhas de acesso para consultas de recebimento de recursos. Os valores são repassados de acordo com o cronograma do ministério de saúde.

Orçamento destinado à saúde (com especificidades que julgar interessante) em 2014 foi de 4.830.000,00 reais, sendo divididos para todas as ações da saúde e controle. No ano de 2013 foram gastos 3.242.000,00 reais, cerca de 469,31 reais por habitantes.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município em junho de 2001, após a aprovação do projeto pelo conselho municipal de saúde. Composto por uma equipe mínima na modalidade II, sendo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde, abrangendo cerca de 70% da população. Hoje o município dispõe de 02 equipes modalidade II, com cobertura de 99% da população. Em 2014 foi aprovado a 3ª equipe aonde chegara à cobertura 100%. O município é composto pelos programas mais médicos e provab do ministério da saúde

Atualmente o município esta implantando o sistema de referencia e contra referencia. Já esta realizando testes para se adequar ao sistema .

O município é composto pela rede de alta complexidade onde é prestado o serviço através de outros municípios, como Pouso Alegre além de ser o prestador da região. São realizados exames de alta complexidade como tomografias e ressonância e outros procedimentos fornecidos pelo SUS.

Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho, etc). São: 65 funcionários, estatutários, a carga horária diferencial entre 4 a 8 horas diárias de trabalho.

1.4 Território/Área de abrangência

Número de família e de habitantes: família 4.000 mil / habitantes 7.217 mil

Nível de alfabetização: ensino fundamental, médio e superior.

Taxa de Emprego e principais postos de trabalho: 240 empresas, 1.005 trabalhadores.

Cada família conta com 1 a 3 salários mínimos, tem alimentação saudável, água potável garantida a todo domicílio, incluindo área rural. O município conta com escolas e igrejas. Outros recursos da comunidade, área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas). No entanto, a população tem problemas com a rede de esgoto que desagua no rio, mas é um problema em vias de solução.

A população é agrícola sendo as principais atividades, o cultivo de café e alho. A principal atividade é a têxtil, ou seja, as malhas e crochê.

A primeira causa de morte da população são as doenças cardiovasculares, sendo o infarto o mais importante. Seguem as complicações da diabetes, pneumonia e câncer.

1.5 Unidade básica de saúde

Inserção na comunidade (localização e acesso): Padre Oliveira Rolim, - Centro - Inconfidentes. Área física e uso: 46,17 km². Horário de funcionamento: 07:00 às 22:00 horas. São 03 equipes, sendo 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 auxiliares de enfermagem, 16 agentes comunitários, todos com carga horária de 40 horas semanais.

1.6 Problemas de saúde

- Gestantes: Total 2014: 90. Atual: 30. Menos de 20 anos: 5

Com problemas de saúde: 1 pré-eclampsia, 2 com HAS crônica, 1 diabetes mellitus, 1 hipertireoidismo, 10 sobrepeso e 3 risco biopsicossocial e econômico

- Idosos:

Total:928

Homens :465

Mulheres: 455

- Principais problemas de saúde:

Diabéticos: 169

HTA: 545

Tuberculose: 2

Hansenease: 1

IRC: 3

Câncer 8.

- Menores de 2 Anos, sem problemas de saúde

-Homens:186

-Mulheres 172

- Mulheres em Idade Fértil: 1591; sendo os problemas de saúde mas frequentes neste grupo a HTA, obesidade e sobrepeso, dislipidemias e hábito de fumar.

1.7 Diagnóstico situacional

1) Lista de problemas identificados

- Muito baixa adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Hábito de fumar e alcoolismo
- Hiperlipidêmica.
- Alta prevalência de hipertensão arterial.
- Baixo nível cultural da população.
- Elevada incidência de doenças respiratórias.

2) Priorização dos Problemas

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Muito baixa adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico.	Alta	5	Dentro
Alta prevalência de hipertensão arterial	Alta	5	Dentro
Hiperlipidemia	Alta	4	Dentro
Elevada incidência de doenças respiratórias	Alta	4	Dentro
Alcoolismo	Média	2	Parcialmente
Hábito de fumar	Alta	3	Parcialmente
Baixo nível cultural da população	Média	2	Fora
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro

3) Ordem de Prioridade

- Muito baixa adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico.
- Alta prevalência de hipertensão arterial.
- Hiperlipidemia.
- Alta prevalência de doenças respiratórias.
- Alta prevalência de diabetes mellitus.
- Alto consumo de tabaco.
- Baixo nível econômico e cultural da população.

- Alcoolismo.

4) Problema selecionado

Muito baixa adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico.

5) Descrição do Problema Selecionado

A HAS se caracteriza por níveis elevados de pressão arterial acima de 140/90, constituindo um fator de risco para uma série de doenças e agravos à saúde.

Os dados estatísticos mais recentes do Brasil mostram. Que 23% da população brasileira é hipertensa. Está estimativa foi levantada em 2010 através de entrevista com 54.339 adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal. Onde dos estados com maior frequência de hipertensão arterial em homens, foi Belo Horizonte com 25,1 %.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) "Saúde para Todos" de um total de 2910 pessoas de nossa área de abrangência, 576 pacientes são hipertensos, representando 19,7% da população. Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pelo resto da equipe de saúde aos pacientes, muitos deles mantem níveis pressóricos elevados, principalmente os pacientes do sexo masculino com mais de 45 anos. As características da população atendida têm influência direta nesta doença sendo verificado baixa adesão ao tratamento não farmacológico o qual é de muita importância, além do baixo nível econômico e cultural dos pacientes. Não tendo hábitos e estilos de vida adequados, o qual é uns dos problemas da equipe de saúde. Como também outras das causas que incide na aparição da doença é o sedentarismo, o habito de fumar, hiperlipidemia,estresse os quais podem ser eliminados com a realização do tratamento não farmacológico.

Portanto, o objetivo foi propor um plano de intervenção, para aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico, além de incrementar os cuidados, mantendo-os controlados, com o intuito de prevenir possíveis complicações (BRASIL, 2006).

6) Explicação do problema

A HAS é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA igual ou acima 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006, p.9).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados mediante a realização do tratamento não farmacológico, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

7- Seleção dos nós críticos

- 1) Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença).
- 2) Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável.
- 3) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

2 JUSTIFICATIVA

Por todos é conhecida a alta incidência e prevalência da hipertensão arterial na população em geral e a importância que o tratamento não farmacológico tem para sua prevenção e controle. Cada dia no mundo os casos dessas doenças aumentam de forma significativa além de produzir complicações que causam a morte ou invalidez temporal ou definitiva em muitos indivíduos. A doença aparece de forma assintomática e como isso muitos pacientes não dão importância necessária, além de não ter o conhecimento que precisam para a prevenção e controle da hipertensão arterial.

Neste trabalho foi proposto demonstrar a importância do tratamento não farmacológico para prevenir e controlar a HTA no qual consiste fundamentalmente em mudanças de estilo de vida, redução de fatores de risco e de hábitos não saudáveis. A população de hipertensos, da área de abrangência onde foi realizado o estudo, tem baixa adesão ao tratamento não farmacológico como problema fundamental. Portanto, verificou-se a necessidade de realizar esse estudo, com o objetivo de melhorar o conhecimento e a adesão ao tratamento não farmacológico, para que num futuro próximo, possa reduzir a incidência, a prevalência e evitar complicações devido a hipertensão arterial

3 OBJETIVO

Mostrar a importância do tratamento não farmacológico à população alvo e com isso aumentar o conhecimento sobre o tratamento não farmacológico dos pacientes hipertensos na área de abrangência PSF Vereador Miguel Vilas Boas.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Definição de hipertensão arterial sistêmica

Hipertensão arterial é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica de 140mmHg e diastólica igual ou superior de 90mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (HERRERA, 2011).

É uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Também as alterações metabólicas associadas com o consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Assim a Hipertensão arterial é risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta retinopatía hipertensiva entre outras patologias. (HERRERA, 2011)

Para muitos a hipertensão arterial é o aumento dos valores de pressão acima dos limites considerados normais e é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos os quais oferecem uma resistência à saída do sangue do coração e ela pode ser modificada pela viscosidade sanguínea, os batimentos cardíacos e a elasticidade dos vasos. (ZANCHETTI, 2012)

4.2 Sinais e sintomas

O principal sinal da doença é uma elevação persistente da pressão arterial, por si só, não costuma causar sintomas, grande parte dos hipertensos não tem sintoma nenhum e as vezes em uma aferição de rotina mostra a pressão elevada, outras ocasiões a presença de outros sintomas não específicos sugerem pressão alta. (SELLEM, 2013)

Sintomas como dor de cabeça, tonturas e sangramento nasal não apresentam uma boa correlação com níveis elevados da pressão arterial. Muitas vezes, o diagnóstico de hipertensão arterial é realizado apenas na vigência de complicações cardiovasculares. Níveis muito elevados de pressão arterial (maiores que 210/120 mmHg) poderão causar sintomas como dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada, sangramento nasal, ondas de calor, vermelhidão facial, vômitos e falta de ar. (SELLÉM, 2013; ZANCHETTI, 2012)

A avaliação do hipertenso deve ser baseada na busca ativa de complicações que possam estar relacionadas com a presença de hipertensão, destacadamente a presença das chamadas lesões de órgãos-alvo, isso é muito importante pois reflete a gravidade da doença e alerta o médico para a necessidade de um tratamento intensivo, visando o controle pressórico. Dentre as várias lesões de órgãos-alvo, podemos destacar a retinopatia hipertensiva, nefropatia hipertensiva, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, a doença cerebrovascular, aneurisma aorta e doença vascular periférica. (ÁVILA, 2010)

4.3 Etiologia

A HAS pode ser dividida em primária (essencial) ou secundária.

Em 95% dos casos, a causa da hipertensão arterial (HA) é desconhecida, sendo chamada de HA primária ou essencial. Nesses pacientes, a herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos (ALVAREZ; CABALLERO, 2012; ACHIONG, 2011).

Nos demais, ocorre a HA secundária ou seja, quando uma determinada causa predomina sobre as demais, embora outras possam estar presentes. É o caso do uso de corticosteroides, anticoncepcionais, anti-inflamatórios, doenças do parênquima renal, aldosteronismo primário, tumores como o feocromocitoma, gestação entre outras (SELLÉN, 2009).

Para todos os pacientes hipertensos, cuja avaliação clínica ou laboratorial venha a sugerir alguma causa identificável de hipertensão, resistente ao tratamento, com início súbito de hipertensão, após ou não um período de controle, a investigação para hipertensão secundária deverá ser realizada (ALVAREZ; CABALLERO, 2012; ACHIONG, 2011)

Quanto à HAS secundária, a prevalência é de 2% a 10%, apresentando as possíveis causas:

- Renais: rins policísticos, doença renal crônica, obstrução do trato urinário, tumores produtores de renina .
- Vasculares: coarctação da aorta, vasculite e doenças vasculares do colágeno.
- Endócrinas: causas exógenas como o uso de esteroides, contraceptivos orais e anti-inflamatórios inibidores da COX 1 e 2. Também causas endógenas como hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, feocromocitoma e hiperplasia adrenal congênita.
- Neurogenicas: poliomielite bulbar, hipertensão intracraniana e tumor cerebral .
- Drogas: álcool, cocaína, ciclosporina, tacrolimus, eritropoietina, anti-inflamatórios não hormonais, etc .
- Outras: hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipercalcemia, acromegalia, apnea do sono e gravidez.

4.4 Prevenção

A melhor maneira de prevenir a hipertensão é através da alteração do estilo de vida.

- Controle do peso

Para trabalhar no controle do peso é bom conhecer o índice de massa corporal que é feito pelo cálculo do peso em quilogramas dividido pelo

quadrado da altura em metros. O resultado deve estar situado em um índice de massa corporal entre 20 kg/m² e 25 kg/m². E a medida da circunferência abdominal deve ser inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres. (GRAVINA, C, F et al, 2007)

Para manter o peso em uma faixa ideal, deve-se seguir uma dieta hipocalórica balanceada orientada individualmente por um nutricionista, evitando o jejum ou o uso de dietas "milagrosas", que causam mais danos ao organismo que benefícios. Esta dieta deve constituir-se de uma mudança em busca da ingestão de alimentos mais saudáveis que respeitem suas preferencias (GIRALT, 2011; MANCIA et al., 2013)

O aumento de atividade física diária deve estar associado à mudança de hábitos alimentares. Esta prática deve ser orientada e estimulada por profissionais com treinamento específico e com prévia avaliação médica (BRASIL, 2006)

A perda de peso é muito importante, pois a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a pressão arterial, além de estar relacionada à queda da insulinemia, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático. O mais importante é a manutenção do peso alcançado com as mudanças de hábitos citadas acima (MANCIA et al., 2013).

- Redução da ingestão de sal (cloreto de sódio)

Limitar a ingestão diária de sódio ao máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio (uma colher de chá). Esse total deve incluir o sódio contido nos alimentos naturais e manufaturados. O sal é considerado um fator importante no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial. Sua restrição também está associada a uma redução da mortalidade por acidente vascular encefálico e regressão da hipertrofia ventricular esquerda (aumento da musculatura do ventrículo esquerdo do coração) (GARCIA, 2008).

Aumento da ingestão de potássio (COSTA, 2009)

É recomendável que a ingestão diária de potássio fique entre 2 e 4g, contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos.

A ingestão do potássio pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio (feijão, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja).

Existe a possibilidade de o potássio exercer efeito anti-hipertensivo, ter ação protetora contra danos cardiovasculares e servir como medida auxiliar em pacientes submetidos a terapia com diuréticos - que expoliam o potássio, desde que não existam contra-indicações.

- Redução ou abandono da ingestão de álcool

O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial, causa variações nos níveis pressóricos, aumenta a prevalência de hipertensão. Sendo fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência a medicamentos anti-hipertensivos (COSTA, 2009; AVILA, 2010).

Para os hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebida alcoólica, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml de etanol/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja. Em relação às mulheres e indivíduos de baixo peso, a ingestão alcoólica não deve ultrapassar 15 ml de etanol/dia - metade do preconizado para os homens. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas.(COSTA, 2009 ;GRAVINA , 2007)

- Prática regular de exercícios físicos

Praticar exercícios físicos aeróbios por um período de 30 a 45 minutos por dia, três a cinco vezes por semana é um bom começo.

O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de contribuir para a diminuição do peso corporal e de ter ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do

controle do estresse. Contribuí, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão (MANCIA et al., 2013).

O baixo nível de condicionamento físico está associado a maior risco de óbito por doenças coronarianas e cardiovasculares em homens saudáveis, independentemente dos fatores de risco convencionais (GIRALT, 2011).

- Combate ao tabagismo

O cigarro eleva agudamente a pressão arterial e favorece o desenvolvimento e as complicações da aterosclerose - doença crônica e degenerativa que leva obstrução das artérias por depósito de gorduras em seu interior. A interrupção do fumo reduz o risco de acidente vascular encefálico, doença isquêmica do coração, de doença vascular arterial periférica e de morte súbita (HERRERA, 2011).

- Controle das Dislipidemias

A hipercolesterolemia –aumento do colesterol LDL é um dos maiores fatores de risco cardiovascular.

O HDL-colesterol, conhecido como bom colesterol, quando está baixo, pode ser aumentado em resposta à redução do peso, à prática de exercícios físicos e à suspensão do hábito de fumar. (GRAVINA , 2007)

O aumento dos triglicérides deve ser tratado com medidas dietéticas, como a redução da ingestão de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas. Quando necessário, recomenda-se o uso de fibratos. Entre os alimentos que aumentam os triglicérides estão todas as preparações que contenham açúcar, derivados da cana de açúcar e todos os alimentos ricos em gordura (GRAVINA , 2007)

Como medidas dietéticas gerais recomenda-se aumentar o conteúdo de fibras na dieta, substituir os carboidratos simples (açúcar, mel e doces) pelos complexos (massas, cereais, frutas, grãos, raízes e legumes), restringir bebidas alcoólicas, reduzir a ingestão de gorduras saturadas, utilizando

preferencialmente gorduras mono e polisaturadas na dieta (MANCIA et al., 2013).

- Manejo da Intolerância à glicose e do Diabetes Mellitus

Resistência à insulina e diabetes mellitus são condições frequentemente associadas à hipertensão arterial, favorecendo a ocorrência de doenças cardiovasculares, principalmente coronarianas. Sua prevenção tem como base a redução da ingestão calórica, a prática regular de exercícios físicos aeróbios e a redução da ingestão de açúcares simples (HERRERA, 2011).

- Estresse psicológico

Há evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial na pressão arterial relacionadas a "condições estressantes", tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego, inatividade física e, em especial, aquelas atividades profissionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle dessas situações (GARCIA , 2013)

- Medicamentos que podem aumentar a pressão arterial

Algumas medicações podem influenciar a pressão. Eles são: anticoncepcionais orais, antiinflamatórios não-esteróides, anti-histamínicos, descongestionantes, antidepressivos tricíclicos, corticosteróides, esteróides anabolizantes, vasoconstritores nasais, carbenoxolona, ciclosporina, inibidores da monoaminoxidase (IMAO), chumbo, cádmio, tálio, alcalóides derivados do "ergot", moderadores do apetite, hormônios tireoideanos (altas doses), antiácidos ricos em sódio e eritropoetina (ALVAREZ; CABALLERO, 2012).

4.5 Tratamento farmacológico e não farmacológico

O objetivo principal do tratamento no paciente hipertenso será obter a longo prazo uma redução no risco cardiovascular, através da obtenção de níveis de pressão adequados, controle dos fatores de risco e das lesões de órgãos-alvo (ZANCHETTI; MANCIA, 2012).

A terapêutica anti-hipertensiva se inicia com a implantação das medidas para modificação do estilo de vida (MEV) e/ou tratamento anti-hipertensivo medicamentoso, este definido principalmente pelo risco cardiovascular atribuído ao paciente hipertenso. (CABALLERO , 2012)

Pacientes com risco cardiovascular alto serão considerados de imediato para intervenção medicamentosa. Para aqueles com risco intermediário e hipertensão em estágio 2, o início da terapia medicamentosa será recomendado mediante a não resposta às MEV após o terceiro mês. Na prática, no entanto, alguns consideram estes pacientes já sujeitos ao início do tratamento medicamentoso. Um período maior para as MEV poderá ser ofertado àqueles com hipertensão em estágio 1, nos quais se pode aguardar uma resposta de 6 até 12 meses, respectivamente para pacientes com risco moderado e baixo (ALVAREZ; CABALLERO, 2012).

4.5.1 Terapia farmacológica

Mediante a não obtenção de alvos pressóricos pre-determinados através das modificações do estilo de vida ou para os pacientes com indicação inicial a terapia com fármacos deve ser iniciada (GARCIA, 2008).

Ao longo dos anos a terapia farmacológica anti-hipertensiva mostrou um grande impacto em termos de redução do risco para pacientes selecionados, como bem se demonstrou através de estudos de metanálises (SELLÉN, 2009).

Para o início do tratamento, em geral, dá-se preferência para uma droga de primeira linha: diuréticos, beta-bloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio (ACC), inibidores da enzima conversora (IECA) e bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRAII), que serão iniciados preferencialmente em doses baixas e sob regime de monoterapia ou terapia combinada. Dentre as combinações, as mais utilizadas têm sido: beta-bloqueadores e diuréticos; inibidores da enzima conversora e diuréticos; antagonistas dos receptores da angiotensina II e diuréticos; antagonistas dos canais de cálcio e beta-bloqueadores; antagonistas dos canais de cálcio e inibidores da enzima conversora. (ACHIONG, 2014)

A escolha terapêutica deve ser baseada nas características individuais de cada paciente tais como idade, sexo e o risco cardiovascular global de cada indivíduo, respeitando-se os efeitos colaterais de cada droga e seu benefício para cada tipo específico de paciente. É bom lembrar que a escolha do tratamento não tem padrão nenhum e que será de caráter médico que decidirá o tratamento, baseado na individualidade de cada paciente. (ALVAREZ , 2012)

Vale lembrar que a grande maioria dos hipertensos, de acordo com dados recentes, necessitará de duas ou mais drogas para o controle pressórico, particularmente aqueles com estádios 2 e 3 de hipertensão arterial. Assim, o uso da terapia combinada poderá ser opção à monoterapia, apresentando vantagens em termos de ganho de tempo, maior eficácia anti-hipertensiva e menor número de efeitos colaterais e as desvantagens, dadas às vezes, pelo uso desnecessário de drogas, assim como a perda da avaliação individual das mesmas, além do maior custo.(ALVAREZ , 2012)

De qualquer modo, vale lembrar que os ajustes de doses subsequentes ou de novas drogas, dar-se mediante a não obtenção da pressão alvo, aumentando-se as dosagens iniciais (baixas) ou adicionando-se uma segunda ou terceira droga ao esquema inicial (GARCIA, 2008).

Assim, quaisquer dessas drogas poderão ser inicialmente utilizadas, podendo ser individualizadas, de acordo com fatores demográficos, socioeconômicos, interações, condições de risco vigentes e tolerabilidade, respeitando-se ainda suas contra-indicações. (CABALLERO , 2013)

Eventualmente, drogas consideradas de segunda linha poderão ser utilizadas no tratamento, particularmente os vasodilatadores, os alfa-bloqueadores e os simpatolíticos de ação central. (ALVAREZ , 2012)

4.5.2 Terapia não farmacológica

O tratamento não farmacológico deve ser instituído para todos os pacientes hipertensos como medida inicial ou associada ao tratamento

farmacológico. Visa promover a redução dos fatores de risco coadjuvantes e promotores de hipertensão, permitindo assim um auxílio no controle pressórico ou até mesmo a suspensão de agentes anti-hipertensivos (ALVAREZ; CABALLERO, 2012).

A adoção de hábitos de vida saudáveis por todas as pessoas é essencial para a prevenção do desenvolvimento de hipertensão arterial, sendo indispensável como parte do tratamento. Essas medidas reduzem a pressão arterial, aumentam a eficácia da terapia medicamentosa além de diminuir os riscos cardiovasculares. A combinação de dois ou mais itens no estilo de vida descritos a seguir estão associados a melhores resultados. A redução do peso corporal e a manutenção do peso ideal, mantendo-se o índice de massa corporal (IMC) entre 20 e 25 kg/m, reduz significativamente a pressão arterial e previne o desenvolvimento da hipertensão arterial a uma grande porcentagem de indivíduos com sobrepeso (GRAVINA, 2007).

A adoção de hábitos alimentares saudáveis, com uma dieta rica em vegetais, frutas e alimentos pobres em colesterol e em gorduras saturadas também é benéfica para esses pacientes. Uma dieta habitual contém de 10 a 12 g de sal por dia. Esta quantidade deve ser reduzida para cerca de 2,4g por dia. A ingestão de bebidas alcoólicas deve ser limitada a 30 g de etanol por dia. Este limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres e indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados (COSTA, 2009; AVILA, 2010).

Exercícios físicos aeróbicos regulares, com no mínimo 30 minutos de caminhada ao menos 3 vezes por semana, devem ser realizados por todos pacientes que apresentam condições físicas adequadas (BRASIL, 2006).

O abandono do tabagismo deve ser recomendado devido a sua associação a maior incidência e mortalidade cardiovascular e aumento da pressão arterial medida ambulatorialmente. A interrupção deve ser acompanhada de restrição calórica e aumento da atividade física para evitar ganho de peso que eventualmente possa ocorrer (GRAVES, J. E.; FRANKLIN, B 2006).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Pesquisa descritiva baseada no Método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve um numero de pacientes cadastrados como hipertensos da equipe.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeiro e agentes de saúde.

5.3 Contexto da intervenção

Durante as consultas na Unidade de Saúde da Família Vereador Miguel Vilas Boas, município de Inconfidentes, o número de pacientes que realizam consultas por hipertensão arterial não controlada é acentuado. Entre as principais causas de descompensação está a não realização do tratamento não farmacológico. Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado e a dieta era inadequada.

Quando esses foram questionados sobre os riscos e as complicações da hipertensão arterial, encontrou-se um desconhecimento sobre alguns aspectos do tema.

As ações dirigidas aos usuários hipertensos serão realizadas na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões) no local destinado ao grupo de hipertensos.

6 PLANO DE AÇÃO

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população com hipertensão arterial e hábitos de vida inadequado, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será realizada por meio de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, por meio de entrevista.

Etapa 2

Os selecionados, então, foram convocados por microáreas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da pressão arterial.

Etapa 4

Foram realizadas reuniões quinzenais na unidade de saúde, nas quais cada dia foi discutido um tema relacionado á estilo de vida saudável, de acordo com o profissional selecionado para a data.

Avaliação e monitoramento

Os pacientes foram estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões quinzenais realizadas com toda a equipe de saúde foi discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções, se necessárias.

A aplicação de questionário possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do Grupo alcançará a percepção dos riscos que a não realização do tratamento não farmacológico e as complicações que se podem prevenir.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão literária mostrou a importância das ações interdisciplinares e cuidados integrais, que considerem o indivíduo hipertenso e seu contexto social, econômico e cultural. Essas medidas reduziram a morbimortalidade por complicações cardiovasculares melhorando a qualidade de vida.

Uma boa gestão do plano garantirá o seu sucesso. Assim, deve-se acompanhá-lo e avaliá-lo frequentemente. É fundamental que toda equipe esteja envolvida e motivada a trabalhar, determinando coordenadores para cada etapa do projeto.

A educação em saúde economiza recursos, tempo e concorre para êxito, porque todos podem cuidar de todos, esperando diminuir a incidência de morbidade e mortalidade por esta problemática. O monitoramento das ações educativas do plano de intervenção avalia o que já foi realizado, atrasos ou falhas. Orientando o estabelecimento de novos prazos.

Estar disposto a reorganizar o planejamento, corrigindo possíveis erros e traçando novas metas de acordo com as necessidades, permitirá apresentar os resultados como forma de prestação de contas e até de incentivo à equipe.

A melhor forma de avaliar o projeto é se as ações estão conseguindo atingir seus objetivos e se os usuários do serviço de saúde estão satisfeitos com os resultados. Isso será feito com a avaliação dos dados do SIAB, pela verificação do cartão de acompanhamento de pressão arterial dos pacientes e pela observação nos grupos operativos.

Esse trabalho possui um mérito de abordar uma doença muito prevalente, com conceitos embasados na literatura recente, na implantação de um bom protocolo, de uma melhor equipe capacitada para o trabalho e o mais importante, uma população hipertensa consciente sobre estilos de vida saudáveis, buscando melhorias na qualidade de vida para reduzir o descontrole da doença e suas complicações.

REFERÊNCIAS

- ACHIONG, E. F. J. et al. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas. *Rev Cub Hig Epidemiol*. 2011. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie06311.pdf> Acesso em: 19 fev. 2014.
- ÁLVAREZ, J. L. L.; CABALLERO, M. D. P. Un siglo de terapia antihipertensiva. Puesta al día en el siglo XXI. *Revista Cubana de Medicina*, Havana, v. 52, .n. 2, p. 155-169, 2012.
- CABALLERO, M. D. P. Guias para el diagnostico y tratamiento de la hipertension arterial em el siglo XXI. *Revista Cubana de Medicina*, Havana, v. 52, n. 4, p. 286-294, 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
- GARCÍA, D. J. A. et al. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina*. 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v47n3/med02308.pdf> Acesso em: 19 fev. 2013.
- GIRALT, L. B. M. Variante metodológica del programa de actividades físicas para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte*, Havana, v. 11, n. 44, p. 767-80, 2011.
- HERRERA, A. D. Hipertension Arterial. *Revista Cubana de Medicina*, Havana, v. 50, n. 3, p. 232-33, jul./set. 2011.
- MANCIA, G. et al. Guidelines for management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European society of Cardiology (ESC). 2013. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2013/06/13/eurheartj.eht151.full.pdf> Acesso em: 19 fev. 2014.
- SELLÉN, C. J. et al. Evaluación y diagnóstico de la hipertensión arterial. *Rev Cub Invest Bioméd*. 2009. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v28n1/ibi01109.pdf> Acesso em: 19 fev. 2013.
- ZANCHETTI, A; MANCIA, G. Longing for clinical excellence: a critical outlook into the NICE recommendations on hypertension management. Is nice always good? Editorial. *J Hypert*. v. 30, n. 4, p. 660-8, abr. 2012.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2007.

GRAVES, J. E.; FRANKLIN, B. *Treinamento Resistido na Saúde e Reabilitação*. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

ÁVILA, A. et al. *Revista Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

COSTA, M. F. F. L. et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl.2, p. 18-26, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Caderno de Saúde Pública*, Brasília, n. 15, 2006.