

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

FERNANDO CRIBE PRADE

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS. PSF 3. PIRAÚBA,
MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA- MINAS GERAIS

2016

.

FERNANDO CRIBE PRADE

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS. PSF 3. PIRAÚBA,
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.Ms. Eulita Maria Barcelos

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

FERNANDO CRIBE PRADE

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS. PSF 3. PIRAÚBA,
MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Ms.Eulita Maria Barcelos (orientadora) (UFMG)

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte,...

DEDICATÓRIA

Ao Deus todo-poderoso agradeço pela oportunidade de existir. Aos meus pais, por sempre me apoiar e me dar todo seu amor e carinho. A minha esposa, por estar presente em todos os momentos e sempre me dando seu apoio. A meus amigos por ter me apoiado neste processo de trabalho, com paciência e sabedoria.

Quem permitiu a sabedoria dirigir e guiar os meus passos. Para quem tem iluminado meu caminho quando mais escura tem sido. A ele que me deu força para continuar quando estava prestes a cair; Isso é porque, com toda a humildade que meu coração pode emanar, dedico primeiro meu trabalho para Deus. A minha família e especialmente os meus pais, que me deram vida e estão em todos os momentos, como aqueles que foram capazes de formar com bons sentimentos, hábitos e valores, dando-me uma corrida para o meu futuro e por acreditar em mim, apesar de já ter passado dificuldade sempre me apoiaram me dando todo seu amor. Eu te amo com todo meu coração e esse trabalho que levou tempo e dedicação para fazê-lo, é para você, aqui está o que você me deu, só estou devolvendo-lhe o que você me deu no início.

Muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Deus todo-poderoso, por nos dar a oportunidade de existir.

Ao pessoal da Unidade Básica de Saúde pela sua colaboração na elaboração deste estudo, aos pacientes que integram o Clube de Hipertensão Coração Saudável pela sua colaboração. Para todos aqueles que de alguma forma ou de outra, foi possível realizar este trabalho.

A essência do pensamento, tal
como a essência da vida, é o crescimento.

Wilde, O. (2000)

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil, e no mundo, sendo a principal causa de morte. No Brasil apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. Controlando assim a doença, e diminuindo os agravos a doença. A seleção dos pacientes foi realizada pelos agentes comunitários de saúde, tendo como estratégia a realização de visitas domiciliares, de atividades educativas para evitar os agravos que podem causar a hipertensão arterial sistêmica-descontrolada. Os objetivos foram atingidos. Os resultados apresentados revelam-se positivos e denotam a necessidade de fazer uma educação permanente para prevenir e controlar a hipertensão arterial sistêmica, o projeto trouxe como positivo para Elaborar um projeto de intervenção utilizando um programa educativo para aumentar o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica dos pacientes que integram o Clube de Hipertensão Coração Saudável da UBS 3 Dr.Ronaldo Furtado de Toledo no Município de Piraúba, Minas Gerais, nossa equipe a experiência de realizá-lo, experimentando constituir mecanismos eficientes. Para coleta de dados foi utilizada o método de estimativa rápida para identificação dos problemas de saúde mais comuns.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a major public health problem in Brazil, and the world, being the leading cause of death. In Brazil, despite a significant reduction in recent years, cardiovascular diseases are the leading cause of death. thus controlling the disease and reducing the complications the disease. The selection of patients was performed by community health workers, and the strategy of conducting home visits, educational activities to prevent the diseases that can cause uncontrolled hypertension. The objectives were achieved. The presented results prove to be positive and denote the need to make a permanent education to prevent and control hypertension, the project brought such positive to prepare an intervention project using an educational program to increase the level of knowledge about hypertension of patients who are part of the Heart Hypertension Club of Healthy UBS3 Dr.Ronaldo Furtado of Toledo in the city of Piraúba, Minas Gerais, our team experience to accomplish it, experiencing constitute efficient mechanisms. For data collection was used the rapid assessment method for identification of the most common health problems.

Keywords: Hypertension. Health Education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVO.....	18
4	METODOLOGIA.....	20
5	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	22
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
	REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados históricos da criação do município de Piraúba, publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades (IBGE, 2010), os primeiros primitivos habitantes da região foram os Coropós e Coroatos, índios já catequizados cujos aldeamentos eram às margens dos rios que cortam a região. Eles não hostilizaram os primeiros desbravadores que por lá apareceram. Eles cuidavam da lavoura e não há vestígios, na região de sua colonização. Os desbravadores da região, aventureiros que se embernavam pelos sertões à cata de terras para cultivar e povoar, que aqui chegaram entre 1830 e 1850, e entre eles estavam Mota Vicente Pires, João Antônio Lemos, Domiciano José Vital, Pedro Coelho, Inácio Pereira Pontes e outros, dedicaram-se à agricultura, empregando meios rudimentares.

João Antônio de Lemos Duarte Silva, nascido em Portugal, veio para o Brasil com seu tio José Antônio de Lemos Duarte Silva (militar), com posto de Capitão, foi transferido, para cidade de Pomba, hoje Rio Pomba. Hábil negociante conseguiu reunir finanças e adquiriu terras, dentre elas, a Fazenda Bom Jardim em 1866. No mesmo ano inaugurava-se a Estrada de Ferro Leopoldina que por aqui passava. O impulso foi grande, surgiram as primeiras casas construídas e que trouxe desenvolvimento à região. A abundância de caça também atraiu outras pessoas que aqui fixaram residências. Na localidade, formou-se povoado que deu origem a Vila de São Sebastião, hoje cidade de Piraúba. No ano de 1890, Piraúba foi elevado a distrito do município de Rio Pomba, do qual se emancipou em 12 de dezembro de 1953.

Segundo o censo demográfico realizado em 2010 pelo IBGE, Piraúba está localizada a 262 km da capital do estado. O município se estende por 144,3 km². A densidade demográfica é de 75,3 habitantes por km² no território do município. Piraúba possui uma população total de 10.866 habitantes, distribuída em 8.818 (81,15%) habitantes na zona urbana e 2.048 (18,85%) na zona rural. Sua população deriva da mestiçagem entre povos de origem indígena que já habitavam a região, europeus e negros descendentes de escravos, os quais passaram a povoar o "Arraial do Bom Jardim" (antigo nome de Piraúba).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,684, a taxa de urbanização corresponde a 81,15 %, a renda média

família. Valor do rendimento nominal médio mensal per capita dos domicílios particulares permanentes é de R\$ 525,08 per capita

Quanto ao abastecimento de água tratada em domicílios particulares permanentes corresponde a 82,9% e o percentual de recolhimento de esgoto por rede pública, também em domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário 83,0%.

Tabela 1- Percentual da população por tipo de abastecimento de água no município Piraúba, 2000-2010.

Abastecimento de água	2000	2010
Rede geral	46,%	59,5%
Poço ou nascente (na propriedade)	52,%	38,9%
Outra forma	1,4%	1,6%

Fonte: IBGE (2010)

Tabela 2- Percentual do tipo de instalação sanitária no município

Piraúba, 2000-2010.

Instalação Sanitária	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	37,%	49,8%
Fossa séptica	0,1%	1,9%
Fossa rudimentar	3,2%	10,5%
Vala	1,5%	10,4%
Rio, lago ou mar	0%	21,0%
Outro escoadouro	29,%	1,0%
Não sabe o tipo de escoadouro	0,3%	-
Não tem instalação sanitária	28,%	5,5%

Fonte: IBGE (2010)

Em relação às principais atividades econômicas, seus principais produtos agrícolas são: arroz, cana de açúcar, café, mandioca, banana. Na pecuária destacam-se, por ordem de importância: galináceos, bovinos, suínos, eqüinos, muares, caprinos e ovinos.

Contextualizando a UBS 3- Dr. Ronaldo Furtado de Toledo, situa-se na Rodovia Piraúba saída para Guarani, no Bairro Groppo. O PSF é responsável pelos bairros Vargem grande, Córrego vermelho, Beijão, Gramida, Ferreiras, Zuica, Serra Jolepa, Gravinas, Taquaruru, Órfãos, Mangueiras, Córrego Fundo, São Domingo, Volta da Ferradura, Toledos, Quebra Conzil, Pirapitanga, Bom Jardim, Bairro Groppo, Rua Opema, Tanqueta, Praça Guararama e Bairro Esplanada.

Os recursos humanos disponíveis são 17 funcionários assim distribuídos 2 médicos, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 1 recepcionista, 7 agentes comunitários de saúde, 1 dentista, 1 auxiliar de higiene bucal, 1 psicóloga. Outros funcionários são copeira, faxineira e técnicos em manutenção.

A estrutura física é adequada e espaçosa contém nove salas utilizadas para atender os programas preconizados pelo Ministério de Saúde.

Horário de funcionamento é de segunda a sexta feira de 7 às 16 horas. A carga horária é de 40 horas por semana.

A UBS 3 possui uma população de 3007 habitantes adscritos onde 50,9% são do sexo masculino e 49,08% são do sexo feminino predominando a faixa etária de 20 a 39 (29,18%), a população encontra-se na periferia da cidade com um fluxo de migração muito grande. Há um mercado produtor que demandam mão de obra de diferentes lugares, empresas rurais e agropecuárias onde trabalha a maioria da população.

Quanto as variáveis econômicas a renda é mínima, a maioria das mulheres não trabalha fora são donas de casas e os homens trabalham fundamentalmente nos serviços gerais públicos, como pedreiros e vendedor autônomo sendo as condições de vida regulares para satisfazer suas necessidades.

O grau de escolaridade predomina ensino fundamental completo, incompleto e analfabeto. As atividades de lazer são poucas: reuniões familiares ou entre

vizinhos realizam jogos de xadrez, baralho, alguns jovens jogam futebol, também têm costume de encontros com amigos em bares, clubes em especial nos fins de semana.

A cultura que predomina é de caráter religioso como a festa de Padroeiros, (também têm culto a evangelho e catolicismo), os interesses desta população são variados alguns jovens desejam estudar, outros melhorarem as condições econômicas, e outro grupo são usuários de álcool e de drogas.

A equipe e representantes da população precisam conhecer os problemas de saúde, suas causas e suas conseqüências, observando as condições de vida da comunidade para a coleta e análise dos mesmos. Examinando-se criticamente os registros existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e utilização dos recursos locais.

Muitos problemas foram identificados e após a análise foi consenso da equipe que o baixo nível de conhecimento sobre a hipertensão era a principal causa dentre outras como o alto índice pressórico apresentado pela comunidade. Na Unidade Básica de Saúde temos 677 pessoas cadastrados com HAS.

Assim, considerando o alto índice de pacientes hipertensos somado ao baixo nível de conhecimento sobre os riscos desta patologia, a equipe de saúde motivou-se a elaborar um plano de intervenção para promover ao aumento do conhecimento dos pacientes e seus familiares residentes na área de abrangência da equipe da UBS 3 utilizando ações educativas.

Prevenir e tratar envolve fundamentalmente ensinamentos para introduzir mudanças de estilos e hábitos de vida. A adesão às mudanças é lenta e necessita de medidas educativas que tenham continuidade, devem ser promovidas por meio de ações coletivas, individualizadas e elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo (MION, JUNIOR, 2007).

A hipertensão arterial constitui um desafio para os profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos. O hipertenso necessita de mudanças de hábitos de vida e monitoramento constante, incluindo o controle alimentar, a realização de atividades físicas, uso de medicamentos, para um melhor controle e ações de prevenção e controle da doença e prevenção das complicações.

A alta prevalência e as baixas taxas de controle da hipertensão arterial são os principais fatores de risco modificáveis para suas complicações para a alta mortalidade.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014) a HAS é a primeira causa de morte no mundo, com uma prevalência aproximada de 25% com um total de milhões de hipertensos uma cifra que se desenvolvera em 20 anos em mais de 50%. Atualmente 691 milhões de pessoas sofrem de HAS no mundo. Dos 15 milhões de mortes causadas por doenças circulatórias, 7,2 milhões são por doenças circulatórias do coração e 4,6 milhões por doenças vasculares encefálicas, a hipertensão arterial está presente em quase todas elas (ZARATE, 2010; MACFARLANE, 2004; PÉREZ *et al.*, 2005)

Entre os fatores de risco que contribuem ao aumento da pressão arterial estão os não modificáveis como a idade, o sexo e a herança genética. Diferentes estudos coincidem em que a pressão arterial aumenta com a idade em ambos os sexos (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN, 2005)

Existe outro grupo de fatores de riscos conhecidos como de prevenção e modificáveis, que é necessário os pacientes saberem sobre o impacto dos fatores em sua doença e a consciência de incorporar hábitos permanentes em seu novo estilo de vida saudável com compromisso responsável com a doença. Entre os fatores de risco modificáveis associados a níveis de pressão arterial controlados estão o sobrepeso, o sedentarismo, consumo de tabaco e álcool (APPEL *et al.*, 2004).

De acordo a dados obtidos pela Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares ocuparam o primeiro lugar entre as causas de morte em 2009 (21%), onde as enfermidades hipertensivas aportaram uma de cada 10 mortes. Diferentes estudos mostram que a mudança no estilo de vida, é o melhor tratamento para o controle da hipertensão arterial, isto inclui evitar os transtornos do peso corporal, os hábitos do tabaco e álcool (FISMAN; TENENBAUM; PINES, 2004).

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) a hipertensão arterial é uma patologia que acomete milhares de pessoas no mundo, constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sabendo-se que seu controle está diretamente relacionado a modificações dos fatores de riscos sendo assim justificase a elaboração e execução do plano de intervenção.

A hipertensão arterial constitui um problema de saúde de considerável importância em nossos dias, pelo número apreciável de mortes e incapacidades que produz de maneira indireta por sua condição de fator de risco de outras patologias, mas também por prejuízos que se ocasiona na saúde das pessoas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) as doenças cardiovasculares são responsáveis pela grande frequência de internações, que ocasionam elevados custos médicos e socioeconômicos para o SUS. Aborda que estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

No Brasil a cada ano ocorrem 320 mil óbitos devido a doenças cardiovasculares, sendo a maioria delas relacionadas a HAS não controlada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO.; **Campanha: Conheça sua pressão arterial**, 2014).

Em nossa atividade diária como médico do PSF 3, identificamos uma grande demanda de pacientes hipertensos cadastrados, com a pressão descontrolada e sem conhecimento sobre a doença, observamos também, que além da própria HAS estavam presentes, na maioria dos pacientes, os fatores de riscos que favorecem o aparecimento da doença, evidenciando que o desconhecimento não era somente da enfermidade, mas também das causas que a origina.

Com a implantação do projeto de intervenção pretendem-se elevar o conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial para que tenham mais consciência e responsabilidade no cumprimento do tratamento farmacológico e não farmacológico, e que possam utilizar seu conhecimento à prática diária individual,

familiar e da comunidade, para aumentar o nível de qualidade de vida, diminuir a morbidade, complicações, invalidez e a morte. Pretendem-se utilizar um programa educativo com dinâmicas interativas, proporcionando a participação dos pacientes.

Diante dos dados apresentados a equipe considera que a educação do paciente hipertenso apresenta-se como um elemento primordial para o melhor controle da hipertensão arterial já que permite compreender melhor sua doença e as conseqüências, proporciona melhora a adesão ao tratamento, colaborando assim para uma longevidade com melhor qualidade de vida.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção utilizando um programa educativo para aumentar o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica dos pacientes que integram o Clube de Hipertensão Coração Saudável da UBS 3 Dr.Ronaldo Furtado de Toledo no Município de Piraúba, Minas Gerais

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado em três momentos: no primeiro foi feito o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS. Para coleta de dados foi utilizada o método de estimativa rápida para identificação dos problemas de saúde mais comuns.

No segundo momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica com busca de referencial teórico e artigos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual do NESCON, além de informações da Secretaria Municipal de Saúde como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Optou-se por pesquisar artigos publicados no ano de 2003 a 2016 e foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde, prevenção, controle, fatores de risco.

Essa fundamentação teórica deu sustentação à elaboração da proposta de intervenção que se baseou no Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Antes de elaborar o projeto propriamente dito foi necessário realizar algumas atividades que possibilitasse um maior conhecimento da clientela que seria atendida ou sejam pacientes hipertensos. Para determinar o número de pacientes para serem atendidos dentre 40 que integram o grupo de hipertensos da ESF 3, foram escolhidos 21 pacientes, com antecedentes de hipertensão arterial, que frequentam regularmente o grupo de hipertensos, que aceitaram o convite para participar do projeto e que apresentavam pouco conhecimento de sua doença, com fatores de risco socioambientais aumentados e estilos de vida inadequados, com esse trabalho utilizou técnicas de dinâmicas interativas para repassar o conhecimento que foi chamado de programa educativo.

O espaço para desenvolver o programa foi a Unidade Básica de Saúde 3, que tem um salão de reuniões com mesas, cadeiras, quadro, giz e apagador, localizada na comunidade João Gruppy.

A divulgação da intervenção foi feita com ajuda do enfermeiro e técnicas de enfermagem, além de participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A intervenção utilizou, em um primeiro momento, uma dinâmica para facilitar a interação e o relacionamento inicial dos participantes e um momento onde os pacientes falaram do que sabiam sobre os fatores de risco da HAS para conhecer o nível de informação que os pacientes tinham sobre a doença assim foi percebido o nível do conhecimento que tinham sobre sua doença,

A proposta compreendeu um período de três meses, com um encontro semanal. A seleção da presente técnica foi baseada na experiência de vários autores neste tipo de trabalho que obtiveram resultados benéficos ao aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes sobre a enfermidade, conhecimento dos fatores de risco, uso de outras ferramentas para manter compensada sua doença com uma elevação na qualidade de vida do paciente já que diminui assim as complicações e obtém-se uma maior adesão ao tratamento. A intervenção deste projeto destaca o Planejamento Estratégico Situacional – PES que possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população local e seus muitos atores sociais.

A implantação do programa educativo foram de vital importância para a promoção em saúde aos pacientes hipertensos com o fim de promover a participação ativa na prevenção de complicações e possam obter estilos de vida adequados e saudável.

5. REFERÊNCIAL TEÓRICO

A pressão arterial foi definida pela primeira vez nos princípios do século XVIII, pelo cardiologista Francês L.Grallavardin como a força criada pela contração ventricular mantida pela reação da parede vascular à distensão regulada pela resistência dos vasos periféricos à saída do sangue. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) consiste em uma elevação da pressão nas artérias, acima dos valores considerados normais (HERAQUI; SMITTER, 2004)

De acordo com Costanzi *et al.* (2009) no Brasil, atualmente a hipertensão arterial tem atingido cerca de 30% dos indivíduos adultos. Constituindo-se um dos principais fatores que mais ocasionam morte entre o grupo de doenças cardiovasculares. Estudos têm apresentado que a hipertensão arterial sistêmica no adulto pode ter iniciado durante a infância.

A hipertensão arterial é uma patologia que se associa a um grupo de distúrbios metabólicos: a obesidade, o aumento da resistência à insulina, o diabetes mellitus (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

Estudos epidemiológicos têm referido a associação da HAS às características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo (NASCENTE *et al.*, 2010).

A HAS é um fator de risco para todas as manifestações clínicas de ateroscleroses. Constitui um fator independente que predispõe a insuficiência cardíaca congestiva, arteriopatia coronariana, acidentes vasculares cerebral, nefropatias e a arteriopatias periféricas. Duplica o perigo de aparecerem doenças cardiovasculares: coronariopatias, acidentes isquêmicos e hemorrágicos de vasos cerebrais e insuficiência renal (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

A identificação de fatores de risco cardiovasculares adicionais importantes para a tomada de decisão sendo eles a idade acima de 55 anos em homens e 65 anos em mulheres, tabagismo, dislipidemia, diabete mellitus, história familiar de coronariopatias antes dos 55 anos em homens e 65 em mulheres (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A hipertensão arterial possui natureza multicausal e os seus principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis (genética, sexo,) e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, alimentação inadequada, história familiar), entre eles associa-se a obesidade e o excesso de peso (BORGES *et al.*, 2008; WENZEL, SOUZA e SOUZA, 2009).

Estudos realizados por Hilbenberg (2016) acerca dos fatores de risco a hipercolesterolemia com índices altos em 50,7% dos cadetes em pesquisa realizada em quartel, associada com a ingestão inadequada de fibras na alimentação de mais de 90% dos mesmos.

Silva *et al.*(2016) abordaram que entre o sexo feminino, a HAS está associada ao sobrepeso e obesidade independente da idade. Confirmam que existe uma preocupação da hipertensão como um problema de saúde pública, com necessidade de conhecimento e manuseio de seus fatores determinantes, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, na busca de melhorias da qualidade de vida.

Segundo VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010) hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

Em relação ao sedentarismo Wagmacker e Pitanga (2007) abordam que a atividade física tem-se tornado um fator importante na prevenção de doenças determinante para a ocorrência de mortes e doenças. A realização de atividades físicas regularmente a longo prazo possui efeito protetor para as doenças crônicas enquanto que as atividades desgastantes no ambiente de trabalho também podem gerar danos a saúde. Entre elas estão às alterações cardiovasculares e hipertensão arterial (CAVAGIONI; COLABORADORES, 2009).

Diante das abordagens dos autores pode-se considerar que existe também uma correlação entre hipertensão arterial e stress, pois de acordo com os autores Lipp (2007); Cavagione e colaboradores (2009) descreveram que o estresse psicológico

pode ser considerado como um dos principais fatores do meio ambiente que contribuem para a hipertensão arterial sistêmica, em um estudo realizado na identificou alterações nos níveis pressóricos entre os hipertensos durante sessões experimentais em virtude do estresse psicológico.

A obesidade é considerada por Kuschnir e Mendonça (2007) como dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. A localização da gordura na região abdominal (obesidade abdominal) está mais associada aos distúrbios metabólicos, como as dislipidemias, a hipertensão arterial, resistência à insulina e aos riscos cardiovasculares (FIGUEIREDO; COLABORADORES, 2008).

Existem estudos que apontam a associação entre a hipertensão arterial e ao consumo excessivo de sódio, fatores nutricionais e o sobrepeso (MOLINA; COLABORADORES, 2003). Segundo estudos Figueiredo e colaboradores (2008) em seus estudos mostram que entre populações ocidentais, o elevado consumo de sal contribuiu para que os indivíduos apresentassem maior risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Quanto ao consumo de álcool, idade avançada e tabagismo contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial. O álcool estimula o sistema simpático, ocasionando estresse oxidativo e efeito vasoconstritor associado ao aumento de inflamações ligadas a hipertensão (WENZEL; SOUZA; SOUZA, 2009).

De acordo com Costa e colaboradores (2007) em seu estudo identificaram que indivíduos que ingeriam menos de 30g de álcool por dia apresentaram menos hipertensão arterial em relação aos que não consumiam. E os indivíduos que referiram ser portadores de diabetes mellitus, apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial.

Em relação à idade e gênero Fischmann; Medina e Gus, (2006) descreveram que a média da pressão arterial tende a se elevar tanto em homens quanto em mulheres durante toda a vida adulta, enquanto a média da pressão diastólica atinge o pico por volta dos 55 anos.

Para Silva (2016) afirma que HAS é doença de alta prevalência, no Brasil 35.85% em homens, 30% em mulheres com baixa taxa de controle estimada em torno de 19,6% acompanhada de outros fatores de risco para seu desenvolvimento como a

idade, relação lineal direita, ingestão excessiva de sódio, IMC acima de 25 kg por m² de superfície corporal, cor não branca, estilismo de longa data e sedentarismo.

Para Feijão e colaboradores (2005) o estilo de vida apresenta um papel crítico na determinação da pressão arterial dos indivíduos e na prevalência da hipertensão nas populações.

Pode considerar que a situação socioeconômica do paciente é um fator na incidência de doenças, seja pelas más condições de nutricionais, de moradia inadequada e ausência ou saneamento básico precário a que estão submetidos durante o processo de desenvolvimento, como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde e na aquisição de medicamentos prescritos, aliados ao baixo nível de escolaridade (TACON; SANTOS; CASTRO 2010; FISCHMANN; MEDINA; GUS, 2012).

Os níveis de pressão arterial, a rapidez com que aumenta a pressão pela ação do envelhecimento e a prevalência variam com o país e com a sob população de uma região ou do país. A HAS afeta todas as populações exceto um certo número de indivíduos que moram em sociedades primitivas culturalmente isolada (LONGO et al., 2013).

Para Filho e Martinez (2002, p.77) “a prevenção e o tratamento do excesso de peso, da síndrome metabólica e do DM, por intermédio de alimentação adequada e exercício físico, também têm papel extremamente importante.” Sem dúvida, a prevenção da aterosclerose passa por um processo de educação de médicos e de pacientes. Vamos mais além, atividade física, alimentação saudável, absenteísmo do fumo e combate ao excesso de peso devem ser ensinados na escola como estratégia preventiva de saúde pública.

O manejo adequado destes fatores com medidas educativas e preventivas é fundamental para a redução das complicações cardiovasculares no grupo de pacientes hipertensos (GIROTTO *et al.*, (2009).

A hipertensão arterial é uma doença de múltiplas causas que necessita de orientações voltadas para vários objetivos, para o seu tratamento é importante à participação de uma equipe multiprofissional, porque envolve muitos saberes para

o conhecimento da doença, de suas complicações e mudanças nos hábitos de vida, constituindo um desafio para adotar mudanças e melhorar os índices pressóricos do paciente (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007). Dentre os hábitos saudáveis está à prática de atividade física com frequência. O Ministério da Saúde indica um tempo de pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana, com atividades como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar pelo transporte ativo nas funções diárias (BRASIL, 2007).

Segundo Castro; Rolim e Maurício (2002, p.185) “ao se intervir na consciência do paciente, transmitindo informações e corrigindo conceitos sobre a doença, consegue-se intervir positivamente contra a evolução da enfermidade”.

Toledo; Rodrigues e Chiesa (2000,sp) na introdução do seu trabalho “ *Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema*” abordam que:

[...] É importante ressaltar que os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/coprodutores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória.

Pode-se compreender no que afirma Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007.sp) que as experiências educativas com hipertensos são incipientes e em pequena medida se reportam à perspectiva de formação da “ consciência crítica” sobre saúde” existe a necessidade de aprofundamento na temática, e de uma orientação clara e específica aos usuários, de forma que essa “ consciência crítica” seja aprofundada na hipertensão arterial.

Corroborando Reis e Glashan (2008) pontuam que é muito importante que a equipe multidisciplinar ao abordar um paciente hipertenso, fique atento às percepções para que este venha a conhecer doença, a desenvolver a auto-responsabilidade, a assumindo assim seu papel ativo no tratamento e prevenção de complicações, modificando seu comportamento em relação à saúde.

Nesse sentido, Coady (2009) citado por Castro; Rolim e Maurício (2002) ressaltam que é muito importante a participação ativa da enfermagem,

principalmente com relação à educação, ao encorajamento, ao monitoramento e no controle do indivíduo hipertenso, a fim de promover estabilidade dos níveis pressóricos.

Os profissionais de saúde têm grandes desafios e um deles é conseguir adesão dos usuários hipertensos ao tratamento. Considera que para existir interação dos pacientes e equipe é preciso realizar atividades conjuntas, que as orientações oferecidas ao paciente sejam discutidas e refletidas e verificar se foram bem entendidas. O usuário torna-se ativo no processo de cuidar, sendo as responsabilidades e os deveres compreendidos e respeitados.

Neste sentido, é de fundamental importância que a equipe esclareça, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, os medicamentos utilizados, a importância de mudança de hábitos de vida, alimentação adequada e prática de exercícios físicos, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza que sejam reforçadas sempre as mudanças de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e no tratamento e prevenção da hipertensão. Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, estão a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poli insaturada e mono insaturados, são temas que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos e se aderidos pelos pacientes pode ser até dispensada a terapia farmacológica ou a dose ou quantidade de drogas pode ser reduzida.

Dessa forma, “ promover a saúde implica auxiliar a pessoa a terem hábitos saudáveis. No entanto, a mudança de estilo de vida é melhor obtida quando o indivíduo com hipertensão se acha constantemente estimulado ao longo do acompanhamento” (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2002,p.185).

A respeito da promoção à saúde, são fundamentais as ações direcionadas à educação e à prática de prevenção dos fatores de risco, já que se pretende vislumbrar uma boa qualidade de vida à população (NASCIMENTO; MENDES, 2002).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial.

Roecker, Nunes e Marcon (2013, sp) enfatizam a “necessidade da implementação de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença”.

Analisa-se que o adequado controle, através de ações mais efetivas no sistema da atenção primária, deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de reduzir a prevalência da doença (TACON; SANTOS; CASTRO, 2010).

Como ações, voltadas a hipertensos, está a educação em saúde como um componente fundamental da promoção da saúde, pois permite trabalhar com informações e reflexões acerca do desenvolvimento de habilidades pessoais assim como adoção de novos estilos de vida que favoreçam uma vida mais saudável. Ressalta-se aqui que o controle da hipertensão arterial requer a modificação dos fatores de risco conhecidos, assim como a adoção de estilos de vida saudáveis e o controle da doença.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

.Para Cardoso *et al.* (2008) todo método de planejamento tem etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final. Para cada problema selecionado deve ter apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo.

O plano de ação é um instrumento que permite uma articulação entre o problema que é imediato que traz preocupação para alguém que deseja solucioná-lo e precisa compartilhar sua gestão com a equipe de saúde. O plano permite uma gestão participativa para solução do problema. Para elaborar este plano foram seguidos os passos preconizados no PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe é a responsável principal por tornar a assistência mais abrangente, sendo a porta de entrada para todas as ações descritas nesse projeto.

➤ **Primeiro passo: definição dos problemas**

Com a realização do diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida foi possível obter quantitativamente o número de usuários e famílias que apresentam alguma situação de risco ou condição de saúde. Pelo método da estimativa rápida possibilitou o levantamento dos principais problemas que envolvem os indivíduos, os dados sócios demográficos, o nível de conhecimento que tem os pacientes sobre a HAS e os problemas vivenciados pela população.

Foram identificados os problemas:

- Alta incidência de cardiopatias crônicas e DCV.
- Estilos de vida inadequados.
- Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.
- Desemprego.
- Alto índice de hipertensão arterial

Para entendermos melhor o significado de “ problema” podemos defini-lo que é uma situação real que incomoda uma pessoa ou grupo de pessoas frente

componentes da realidade que ele deseja modificar e pode modificar. Para planejar uma ação direcionada é necessário identificar o problema como o ponto de partida. O problema não surge sozinho ele tem muitas causas que o cercam. Os “ nós críticos” são aquelas causas principais e importantes que dão origem ao problema e que merecem ser enfrentadas para solucioná-lo. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

.Daí surge a necessidade da priorização dos problemas.

➤ Segundo passo: priorização de problemas

Na área de abrangência são encontrados inúmeros problemas, mas infelizmente a equipe de saúde do PSF 3 não tem condições de enfrentá-los de uma só vez é necessário fazer a priorização ou seja utilizar critérios que possibilite a seleção objetiva.

A análise e seleção quanto à prioridade foram pautados segundo os critérios: importância, capacidade de enfrentamento, urgência e a seleção numérica na ordem de prioridade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a importância do problema atribui-se valor alto, médio ou baixo, conforme sua urgência atribui-se numeração de zero a dez e definindo- se a solução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

Quadro 1 - Priorização dos problemas da área de abrangência da equipe do PSF 3

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alto índice de hipertensão arterial .	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de Cardiopatias crônicas e DCV.	Alta	7	Parcial	2
Estilos de vida inadequados	Alta	6	Parcial	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	5	Parcial	4

Fonte: autoria própria

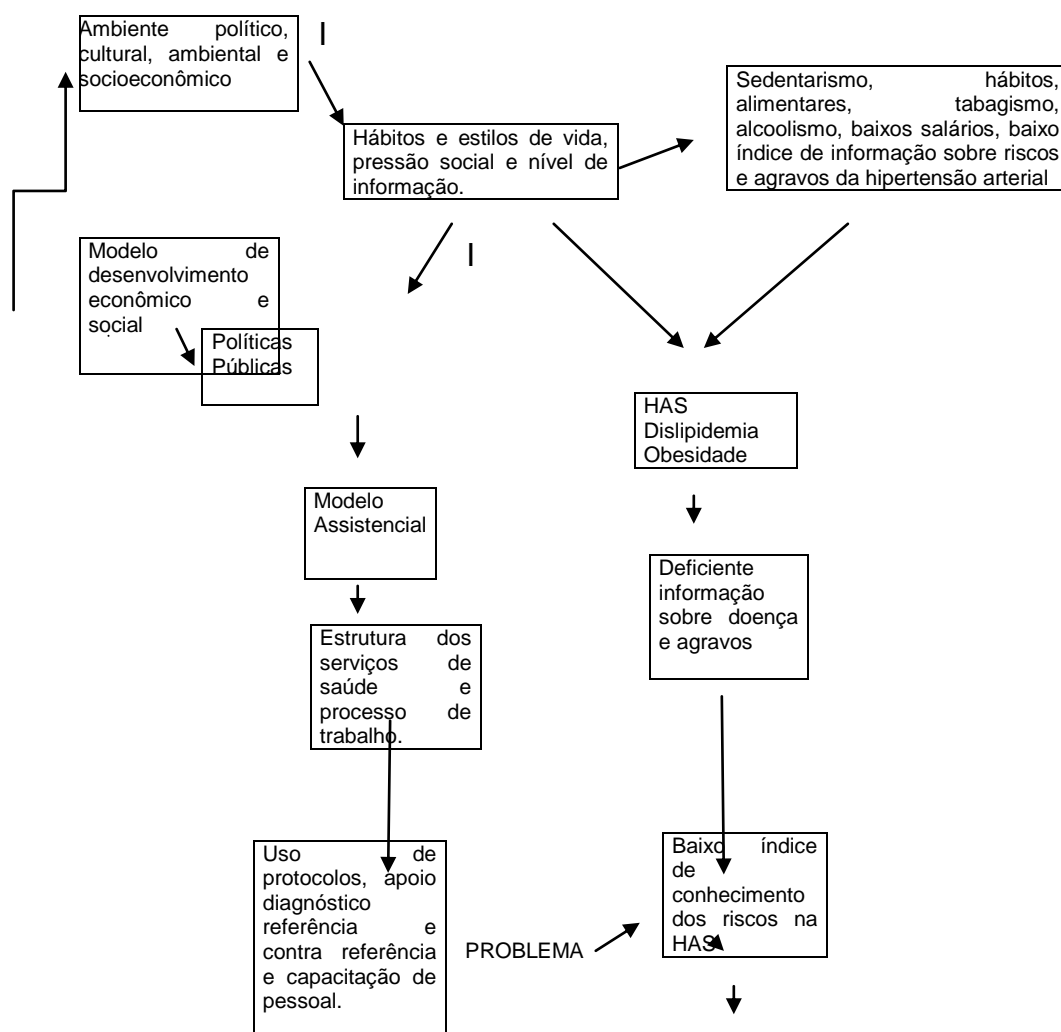
A seleção foi feita por meio da análise dos pontos e valores atribuídos. Para minha equipe foi selecionado como prioridade 1 o alto índice de hipertensão arterial.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O problema alto índice de hipertensão deve ser enunciado da seguinte maneira: 21,8% são hipertensos há mais de 15 anos e, desses, 18% tem HAS descontrolada por não cumprir o tratamento de base; 16% apresentam hiperlipidemia, obesidade e sedentarismo, e 15% têm cardiopatias crônicas e doença cerebrovascular. Para a descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros produzidos pela equipe; foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados à falta de percepção do risco (hiperlipidemia, obesidade e não cumprimento do tratamento).

São também indicadores que podem nos dar uma idéia indireta da eficácia das ações, como internações e óbitos. Cabe aqui ressaltar as deficiências do nosso sistema de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo de planejamento.

Esquema explicativo do problema:



Pode causar
IMA e DCV



Pode
provocar
aumento do
desemprego,
internações
e da
mortalidade.

Quarto passo: explicação do problema

Os pacientes hipertensos que participaram do programa educativo tem as seguintes características:

- Em relação ao nível econômico, 16 tem baixa renda que corresponde a 76,19%, 5 de classe média, (23,81%) e nenhum de classe alta. Isto Sugere que nesta população as pessoas com baixa renda são as que aproveitam os recursos que oferece o governo como alternativa para melhorar sua qualidade de vida.
- Os pacientes de classe alta e média alta possuem plano de saúde.
- Em relação à faixa etária e sexo veja tabela abaixo.

Tabela 3 - Pacientes hipertensos que integram ao Clube de Hipertensão Coração Saudável de acordo com a faixa etária e sexo, UBS 3 no distrito Piraúba, Minas Gerais

Idade (anos)	Sexo				Total	
	Masculino	%	Feminino	%	Nº	%
30-37	1	4.76	1	4.76	2	
38-45	1	4.76	4	19.05	5	
46-53	2	9.52	3	14.29	5	
54-61	3	14.29	5	23.81	8	
9.52						
23.81						
23.81						
38.10						

62-70	0	0.00	1	4.76	1
4.76					
Total	7	33.33	14	66.67	21
100.0					

Fonte: autoria própria

Na tabela se observa idade e o sexo dos pacientes do grupo de hipertenso “ PSF 3” , donde 33,33% pertence ao sexo masculino e o 66,67% ao sexo feminino, dos quais 38,10% têm idades entre 54 – 61 anos, 23,81% têm idades entre 38 – 45 anos, 23,81% têm idades entre 46 – 53 e 9,52% têm idades entre 30 – 37 anos.

➤ Em relação ao estado civil tem 8 casados e 8 (38,10%) com união estável, 2 solteiros e 2

Divorciados (9,52%) e 1 viúvo(4,76%). Isto poderá indicar que as pessoas que vivem em parceria mostram maior preocupação por sua saúde e buscam soluções, apesar da falta estudos adicionais para analisar este fator.

➤ Em relação aos fatores de risco, os dados foram retirados dos prontuários dos pacientes hipertensos. Identificou-se que 47,52% dos pacientes são obesos, 38.10% são sedentários 28,56% apresentam hiperlipidemia, (19,4%) tabagismo e alcoolismo (19,4%) pela informações concluímos que a HAS é uma doença multifatorial e cada paciente hipertenso tem mais de um fator de risco associado. A equipe tem uma grande preocupação em diminuir os fatores de risco para prevenir outras comorbidades. Um fator agravante é que na maioria dos pacientes o nível de conhecimento sobre a doença é baixo.

➤ **Quinto passo: seleção dos “ nós críticos”**

Segundo Campos; Farias e Santos, (2010, p.65), os “ nós críticos” são aquelas causas principais e importantes que dão origem ao problema e que merecem ser enfrentadas para solucioná-lo. O nó crítico “ está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” Sabe-se que têm alguns nós críticos que a equipe não tem governabilidade para solucioná-los, por isso vamos enfrentar somente aqueles que estão dentro de nossa possibilidade de resolução

- 47,52% dos pacientes são obesos,
- 38,10% são sedentários,
- 28,56% apresentam hiperlipidemia,
- 19,4% tabagistas,
- 19,4% alcoolistas,
- Todos os participantes têm baixo nível de conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores de riscos.

Os nós críticos foram muito discutidos em reunião de equipe e foi consenso escolher um só nó, que se devidamente enfrentado vai interferir diretamente nos outros favorecendo a diminuição dos índices pressóricos e prevenindo as complicações. O nó escolhido é o baixo nível de conhecimento sobre a pressão arterial e os fatores de risco. No nosso entendimento é se o paciente tem um conhecimento de sua doença e a gravidade das complicações com certeza vai aderir ao tratamento e auto cuidado. E passa ter consciência de sua responsabilidade para com sua saúde e bem estar. Para que haja o despertar para o autocuidado é necessário que as pessoas percebam as próprias necessidades, ou seja, passem a indagar-se sobre sua doença e o que é realmente necessário mudar no estilo de vida para manter a saúde. A percepção do indivíduo sobre um problema a ser enfrentado é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias. A partir deste ponto, há possibilidade de harmonizar a saúde com o viver cotidiano (SILVA; LIMA, 2006).

➤ **Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos**

Foi proposto um Programa Educativo que abordasse todos os nós críticos levantados. Como os nós críticos remetem a questão do baixo nível de conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores de riscos acreditamos que com o alcance do objetivo proposto haveria uma diminuição significativa dos valores pressóricos. Pensamos em um programa educativo que vá além da transmissão de informação, mas que possa envolver/encantar o paciente, despertando nele o desejo do auto-cuidado, fazendo com que ele tenha a sensação de que depende, também, dele o sucesso no tratamento de sua enfermidade.

Quadro 2- Ações para solucionar os nós críticos do problema alto índice de hipertensos -UBS 3 no distrito Piraúba, Minas Gerais

AÇÕES PARA SOLUCIONAR OS NÓS CRÍTICOS DO PROBLEMA ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSOS				
Nós Críticos	Projeto/objetivos	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<p>Baixo nível de informação sobre hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular pelos pacientes hipertensos</p>	<p>Programa educativo. Objetivos: -Aumentar o conhecimento dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão e sua correlação com seus fatores de risco: obesidade, alcoolismo, tabagismo, hiperlipidemia e sedentarismo.</p> <p>Reduzir o número de fumantes e assim contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar dos fumantes e de seus familiares.</p> <p>-Formar de grupos de apoio ao fumante</p> <p>- Reduzir o número de pacientes consumidores de bebidas alcólicas.</p> <p>-Formar de grupos de apoio ao fumante.</p> <p>-Estimular a participação de</p>	<p>População mais informada a respeito da fisiopatologia, prevenção, sintomas, diagnóstico, tratamento e complicações da hipertensão.</p> <p>Formação de grupos específicos: antitabagismo e alcoolismo.</p> <p>Grupo para prática de atividades físicas duas vezes por semana.</p> <p>Grupo de alimentação saudável.</p>	<p>Aumento do nível de conhecimento dos pacientes hipertensos. População mais informada cooperativa e responsável pelo seu tratamento.</p> <p>Atividades educativas incluindo palestras, visitas domiciliares, grupos operativos, entre outros.</p> <p>Diminuição dos índices pressóricos.</p> <p>Diminuição do alcoolismo e tabagismo.</p> <p>Adesão ao grupo de atividade físico.</p> <p>Adesão de alimentação saudável</p>	<p>Organizacional Organização das atividades do programa educativo. Organizar o material instrucional que vai ser usado. Planejamento de ações a serem executadas. Convidar outros profissionais para participarem do programa.</p> <p>Cognitivo: informação sobre os temas e estratégias de abordagem</p> <p>Político: interação com a educação, apoio para operacionalização do programa. Disponibilização de medicamentos para o tratamento de tabagismo, alcoolismo e hipertensão</p> <p>Financeiro: Para aquisição de material de consumo: papéis, canetas, lápis, borracha, pastas, livro de ata, pincéis, caixa box, envelopes. Material disponível pelo Ministério da Saúde para tratamento do tabagismo e alcoolismo.</p> <p>Permanentes: mesa, cadeiras, computador, impressora, data show, telefone disponíveis na unidade.</p>

	atividades físicas. -Diminuir o número de pacientes hiperlipidêmicos			
--	---	--	--	--

Após este primeiro momento foi realizado sessões estruturadas direcionadas, coordenadas pela enfermeira e pelo médico. Os encontros realizados tiveram duração média de 45 min. na própria UBS com uma frequência semanal . De forma dinâmica, os encontros foram divididos em 04 etapas: atenção individual, estratégias e informações, revisão e discussão do último conteúdo e as atividades do dia. Ao final foi distribuído material informativo sobre o tema discutido no dia para reforço de conhecimento. Foram realizadas aulas dialogadas para o grupo de pacientes onde foram expostos tópicos como: Alimentação saudável, Aderência ao tratamento, tabagismo, consumo de álcool, atividade física e importância da assistência a consulta agendada e todas as temáticas antes expostas. Houve a participação da equipe de saúde do PSF e o grupo de pacientes e alguns familiares.

Para os fumantes foi utilizado os manuais do INCA, terapia cognitivo-comportamental e material expositivo, palestras em vídeos exibidos por meio de data show e dinâmicas.

Esses encontros ocorreram uma vez por semana para todo grupo e uma vez por semana para os grupos específicos (tabagistas e alcoolistas), e depois do terceiro ao sexto mês ocorrem encontros de manutenção uma vez por mês para os grupos específicos que depende de uma atenção diferenciada da equipe. Na fase de manutenção contamos com ajuda de outros profissionais para realização de palestras, como nutricionista, farmacêutico, educador físico e psicólogo.

Nas reuniões específicas foram abordados e discutidos temas relacionados ao hábito de fumar e beber, além de aconselhamentos e preparação ao futuro ex-fumante e alcoolista. Métodos quanto à forma de cessação de fumar, maneiras de se lidar com a dependência química da nicotina, estímulo a atividades físicas e alimentação saudável, práticas de relaxamento, além de demonstrar os benefícios do abandono do tabagismo. Foram utilizados recursos áudio visuais alguns de grande impacto sobre os malefícios do tabagismo. No grupo de alcoolistas contou com a participação da psicóloga foram discutidos temas que proporcionaram oportunidade aos pacientes para refletirem sobre suas dificuldades emocionais e momentos de fraqueza que os levavam a usar a bebida como mecanismo de fuga.

Apoio medicamentoso também foi oferecido, com critérios técnicos e específicos para cada participante. A medicação usada nesse grupo, comprovadamente eficaz, se divide em duas categorias: medicamentos nicotínicos (adesivos cutâneos de 21, 14 e 7 mg/dia) e medicamentos não nicotínicos (antidepressivo Bupropiona). Foram oferecidos aos dois grupos específicos oportunidade de acompanhamento psicológico.

➤ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) os recursos críticos são aqueles recursos necessários para o desenvolvimento das operações e seu sucesso. Para operacionalizar todo e qualquer projeto demanda recursos críticos, portanto o autor do projeto deve prever com antecedência quais os recursos serão necessários para viabilizar o projeto idealizado.

Quadro 3- identificação dos recursos críticos

Projeto: Programa educativo: Informação é Cultura	Recursos Críticos
	<p>Organizacional Organização das atividades do programa educativo. Organizar o material instrucional que foi usado. Planejamento de ações que foram executadas. Convite a outros profissionais para participarem do programa.</p> <p>Cognitivo: informação sobre os temas e estratégias de abordagem</p> <p>Político: interação com a educação, apoio para</p>

	<p>operacionalização do programa. Disponibilização de medicamentos para o tratamento de tabagismo, alcoolismo e hipertensão. Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais</p> <p>Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Financeiro: Para aquisição de material de consumo: papéis, canetas, lápis, borracha, pastas, livro de ata, pincéis, caixa box, envelopes. Material disponível pelo Ministério da Saúde para tratamento do tabagismo e alcoolismo.</p> <p>Permanentes: mesa, cadeiras, computador, impressora, data show, telefone disponíveis na unidade.</p>
--	--

Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

A ideia central que preside esse passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir a viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Em síntese, são os seguintes os objetivos desse passo:

1. Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação;
2. Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
3. Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano;
- Quais recursos cada um desses atores controla;
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

-Motivação favorável – o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “ transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.

-Motivação indiferente – pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.

Motivação contrária – caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la uma oposição ativa ao plano.

A ideia de construir ou criar viabilidade para o plano sustenta-se em possibilidades trabalhadas pelo PES, que colocam como sendo, até certo ponto, possível transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar certos atores para que mudem sua posição (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

➤ **Nono passo: plano Operativo**

Para a elaboração do plano operativo foi necessário a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, para definir os prazos para o cumprimento das ações necessárias. Os responsáveis pelos projetos são considerados gerentes, eles se responsabilizarão pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas nos prazos programados. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4- Plano operativo

Projeto: Programa educativo: informação é Cultura	Resultados	Produtos	Operações estratégia	Responsável	Prazo
Nó Crítico: baixo nível de conhecimento sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco	Diminuir em 10% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 2 anos. - População mais informada sobre risco cardiovascular na HAS	-Programa de caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local; -Programa alimentação saudável. -Avaliação do nível de informação da	Não foi necessário, pois a equipe e secretaria de saúde estavam suficientemente motivados	Médico e enfermeira com a participação da equipe e componentes do NASF	3 meses para o início das atividades.

	<p>- Adequação da oferta de consultas, exames e medicamentos definidos nos protocolos à demanda, considerando a meta de 80% de cobertura;</p> <p>- Cobertura de 80% da população hipertensa com risco cardiovascular aumentado</p>	<p>população sobre risco cardiovascular;</p> <p>- avaliação da campanha educativa na rádio local;</p> <p>Programa de Saúde Escolar;</p> <p>-Capacitação dos ACS</p> <p>- Equipamento da rede;</p> <p>Contratação de compra de exames e compra de medicamentos;</p> <p>- Linha de cuidado para risco cardiovascular na HAS implantada;</p> <p>Protocolos implantados;</p> <p>Recursos humanos capacitados;</p> <p>Regulação implantada;</p> <p>Gestão da linha de cuidado implantada</p>			
--	--	---	--	--	--

Para solucionar todos os nós críticos levantados foi escolhido o nó “ baixo nível de conhecimento sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco” . Foi elaborado o Projeto intitulado Programa Educativo: **Informação é Cultura** que abordou todos os nós críticos.

➤ **Décimo passo: gestão do plano**

É necessário um plano de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções quando necessárias. Esse sistema de gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos críticos. O diálogo entre os planejadores e executores é muito importante nessa fase. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A avaliação e acompanhamento do plano de intervenção aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica com risco de complicações em nossa área de abrangência foi realizado pela equipe de saúde. Depois de 01 ano uma avaliação total para verificar o resultado alcançado e se o objetivo foi alcançado.

A avaliação e monitoramento das ações planejadas do projeto ocorreram durante o desenvolvimento o qual permitiu identificar e corrigir oportunamente os possíveis erros e omissões nas ações realizadas.

O plano de gestão constou da avaliação e acompanhamento do conhecimento adquirido pelo paciente.

Após cada unidade foi realizada uma dinâmica com a finalidade de avaliar o nível de aprendizado dos pacientes. Esta atividade foi muito interativa. Foram apresentadas 15 perguntas, para cada resposta correta, os pacientes obtinham uma pontuação e ao final tem sua pontuação total somando as pontuações obtidas em relação a suas afirmações. Para a organização da informação se utilizou tabelas simples e de associação, a análise dos resultados se realizou através de percentuais. Escala de avaliação para medir o nível de conhecimentos sobre hipertensão arterial.

Suficiente conhecimento 10 a 15 pontos

Pouco conhecimento 6 a 9 pontos

Nenhum conhecimento 0 a 5 pontos

Assim durante este processo avaliativo todas as dúvidas iam sendo esclarecidas pelo dirigente ou pelos próprios pacientes.

Avaliamos como positivo o trabalho realizado visto que antes da realização do programa educativo uma porcentagem alta correspondente a 57,14% dos pacientes não tinham nenhum conhecimento, 38,10% tinham pouco conhecimento, depois 4,76 tinham suficiente conhecimento, depois do programa, o 80,95 % dos pacientes possuem suficiente conhecimento, 14,29 tem pouco conhecimento e 4,76 não tem nenhum conhecimento. Enquanto ao conhecimento “ Pouco” diminuiu de 38,10 para 14,29. No conhecimento qualificativo “ Suficiente” 4,76% aumentou favoravelmente a 80,95%. interpretando que a mudança obtida foi produzido pela aplicação do programa educativo sobre a hipertensão arterial, onde foram observados que o nível de conhecimento da doença aumentou depois do programa educativo. Consideram que a educação para a saúde é um componente fundamental da promoção da saúde. Estes desníveis de aprendizagem pode-se supor que seja pelo nível de escolaridade.

Tabela 4 - Pacientes hipertensos de acordo ao nível de escolaridade, grupo de hipertensos. PSF 3. Município Piraúba. MG.

Escolaridade	Número	%
Analfabeto	5	23,8
Primário	11	52,39
Fundamental3	3	14,2
Médio	1	2,1
Universitário	1	2,1
Total	21	
100,0		

Fonte: autoria própria.

Pode-se observar na tabela acima 52,39% dos pacientes tem só nível primário, 14,29% pertencem ao ensino fundamental e são analfabetos 23,8% e 2,1 universitários E médios respectivamente. Durante todo o estudo houve a participação ativa da equipe de saúde da família, da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal, todo foi alcançado pela disciplina e pontualidade, vontade e interesse dos pacientes, que sem seu apoio não fosse possível a realização do Projeto.

Consideramos que o objetivo do trabalho foi alcançado visto que o número de pacientes com conhecimento aumentou.

O registro, cada paciente foi anotado em seu prontuário, foram documentados: a evolução de cada paciente ao decorrer dos encontros estruturados, avaliação de aprendizagem, o interesse e participação. Com isso facilitará o acompanhamento de toda equipe, a fim de garantir o sucesso do tratamento, os riscos de recaída e o retorno à equipe de saúde da família. As reuniões mensais com a equipe foram sistematizadas para avaliar o cumprimento do cronograma das atividades e os resultados do projeto.

Verificou-se que os pacientes que integram o grupo de hipertensos o mais frequente foi o sexo feminino (66, 67%) predominando a faixa etária de 55 – 60 anos de idade (28,57%).

De acordo com o estado civil dos pacientes os casados e com união estável correspondeu a 38,2 %.

Em referência com ao nível acadêmico o 52,39 % pertencem ao nível primário.

Quanto ao o nível social o 76,19 % pertencem ao nível de baixa renda.

Quanto aos principais fatores de risco que apresentam os pacientes 47,52 % apresentaram obesidade.

O nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial após o programa educativo aumentou a 80.95%, considerado satisfatório.

O programa educativo: informação é Cultura foi composto por conteúdos que abordaram a visão geral do sistema cardiovascular, conceito da HAS e seus fatores de risco, tratamento farmacológico e não farmacológico (importância da adesão medicamentosa, dieta saudável, atividades físicas, abstenção ou diminuição de ingestão de bebidas alcoólicas e uso de tabaco, auto cuidado e a participação da família) e a importância da prevenção.

Foram utilizadas técnicas pedagógicas que possibilitasse a participação de todos os pacientes, intercaladas quando necessário de exposição oral com a utilização de material pedagógico como cartazes, folhetos e material impresso e outros para facilitar a compreensão do conteúdo.

Os facilitadores desenvolveram os conteúdos, orientaram e realizaram uma discussão grupal,

incentivaram os participantes a participarem ativamente das discussões demonstrando o seu entendimento sobre o conteúdo e suas dúvidas. Na avaliação qualitativa foram usados jogos e perguntas pontuadas em cada acerto neste momento se o participante errasse era o momento de reforçar o conteúdo estudado.

Foi elaborada em conjunto algumas dicas úteis para prevenção da hipertensão e seu controle.

- ✓ Qualquer adulto ao longo de 40 anos de idade deve periodicamente monitorar sua pressão sanguínea, principalmente se seus pais ou avós eram hipertensos.
- ✓ Evite a obesidade, muitos pacientes hipertensos têm normalizada a pressão arterial quando atinge seu peso ideal.

- ✓ Descubra o prazer do exercício físico regular e, se possível, ao ar livre. Evite o sedentarismo. Mas lembre-se que você sempre deve adaptá-lo às suas reais possibilidades: não fisicamente mais do que o que você pode fazer.
- ✓ Reduza a quantidade de sal na preparação das suas refeições. Além disso, evite alimentos salgados.
- ✓ Diminua as gorduras animais de sua dieta.
- ✓ Introduza na alimentação verduras, legumes, frutas e fibras.
- ✓ Não fumar
- ✓ Evite ambientes poluídos pelo fumo do tabaco.
- ✓ Consumo moderado de bebidas alcoólicas.
- ✓ Evite ingerir muito café.
- ✓ Siga o tratamento prescrito pelo seu médico e não interrompê-lo sem o seu conhecimento.
- ✓ Observe os possíveis efeitos colaterais atribuíveis aos medicamentos e comentá-las com seu médico.
- ✓ Lembre-se que a pressão arterial alta é um poderoso fator de risco cardiovascular que é realçado quando associado com colesterol alto, diabetes ou ácido úrico. Certifique-se de controle, bem como seus níveis de estresse, esses outros fatores de risco acima.

7 CONCLUSÃO

Pelos estudos realizados a hipertensão arterial vem se destacando no mundo moderno e vem se tornando um grande problema de saúde tanto nos países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento.

A equipe realizou um diagnóstico situacional que possibilitou conhecer os problemas da área de abrangência da ESF, e permitiu refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência com relação aos fatores de risco e as complicações da hipertensão arterial. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar aos profissionais para dar um apoio maior e necessário aos pacientes.

Concluimos que:

- Os fatores de risco para o descontrole dos níveis pressóricos da nossa área de abrangência apresenta grande incidência;
- Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias.
- A equipe de saúde também foi muito beneficiada com o projeto porque houve uma maior aproximação com o grupo de hipertensos melhorando sua relação com os pacientes e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados;
- O grande número de pacientes hipertensos mal controlados eleito para esta proposta de intervenção foi muito beneficiado pelo conhecimento adquirido e consequentemente com as mudanças que ao de vir como reflexo de sua aprendizagem.
- A experiência deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.
- A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu as formulações propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atualmente é a patologia mais comum da população adulta levando a insuficiência cardíaca e é uma das primeiras causas cardiovasculares de hospitalização. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui importante papel na redução das incidências de agravos frente a HA, pois dentro de suas atividades, são realizados programas de ação preventiva, bem como acompanhamento e orientação.

As políticas em saúde apontam à prevenção diagnóstica e tratamento por meio do programa de doenças cardiovasculares, por meio deles os pacientes estão em controle constante pelo os profissionais da saúde. O objetivo destas políticas é evitar ou limitar o dano que estas doenças podem causar tanto física como economicamente ao paciente e a sua família.

Os objetivos do estudo foram atingidos totalmente, porque os pacientes que participaram no projeto de intervenção depois do projeto educativo apresentaram os conhecimentos básicos sobre HAS. Deles 80,95 % teve um conhecimento qualificativo suficiente.

E preciso fazer projeto de intervenção em todas as micro áreas e comunidade que não tem feito, para elevar o nível de conhecimento de HAS, pela transmissão de conhecimento e de informação necessária para a participação e desenvolvimento de habilidades pessoais e mudança no estilo de vida.

Para aperfeiçoar as potencialidades e necessário aumentar o vínculo entre educação e saúde,

Maior intersetorialidade com melhores resultados.

Aumentar o apoio dos setores do governo para melhorar as condições de saúde da população.

Capacitação continua dos profissionais de saúde

Educação permanente à população do município Piraúba.

REFERÊNCIAS

APPEL, L.*et al.* Effects of comprehensive life style modification on blood pressure control: Main results of the premier clinical trial. **JAMA**. [Serie en Línea] 289 (16): 2083-2094. 2004.

BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.2, p.110-18, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica - **Cadernos de Atenção Básica n.15**. Brasília, D.F.2006, 58 p.

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).

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA H. P de SANTOS, M. A.dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARDOSO, F.C *et al.* **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**.Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

CASTRO, M. E DE; ROLIM, M.O; MAURÍCIO. T, F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm.** 2005; 18(2): 184-9

CAVAGIONE, L.C.; et al. Agravos a saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p.1267-71, 2009.

COSNTANZI, C.B., et al. Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de Porte médio do Sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pediatria**, v.85, n.4, p.535-40, 2009.

COSTA, J.S.D., et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.88, n.1, p.59-65, 2007.

ROECKER. S; NUNES. E, DE F, P. DE A; MARCON. S, S.O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: **Texto contexto enferm.** v.22, n.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013.

FEIJÃO, A.M.M., et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.84, n.1, 2005.

FIGUEIREDO, R.C., et al. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v.52, n.9, p.52-9, 2008.

FILHO. R D. S; MARTINEZ. T, L, DA. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas ! **Arq Brás EndocrinolMetab**, v.46, n.3. São Paulo June 2002

FISCHMANN A, MEDINA CAB, GUS I. Principais causas de mortalidade no Rio Grande do Sul: prevalência de fatores de risco para a doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**, volume 78 (nº 5), 478-83, 2002

FISMAN, E., TENENBAUM, A., PINES, A. Hypertension in post menopausal women: A clinica la proach. **Curr Hypertens.** [Serie en Línea] 4:2004, 46-47.

GIROTTTO. E *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 31, n. 1, p. 77- 82, 2009.

HERAQUI, J; SMITTER, M. Monitoreo ambulatorio de la presión arterial en Jóvenes asintomáticos normotensos. Universidad de Oriente. **Núcleo Bolívar** 2013.

HILGENBERG, F.da E. et al. Fatores de risco cardiovascular e consumo alimentar em cadetes da Academia da Força Aérea Brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1165-1174, Apr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Cidades** -. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>.

KUSCHNIR, M.C. C; MENDONÇA, G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v.83, n. 4, 2007.

LIPP, M.E.N. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.4, p.89-93, 2007.

LONGO, DAN L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 2 v.

MACFARLANE, S *et al.* Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and Hypertension at academic medical centers .**Diabetes care**. [Serie en Línea]. 2003. 25: 718-723.

MION. JUNIOR,D.; V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** v.89 no.3 São Paulo Sept. 2007

MOLINA, M.C.B., et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p.743-50, 2003

NASCENTE, F.M.N., et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arquivo Brasileiro Recife** n. 2 p.523-573 2011

NASCIMENTO, L.C, MENDES, I.J.M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. **Rev Lat AM Enferm** 2002; 10(4): 502-8

PÉREZ, M., et al. El estrés como factor de riesgo de la hipertension arterial esencial. **Rev. Cuba. Epidemia**. 2005

REIS, M.G; GLASHAN, R.Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Rev Lat Am Enferm** 2001; 9(3):51-7. 16.

ROSÁRIO, T.M., et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres- MT. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.93, n.6.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, Dados de 2014 Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php> .Acesso em 20/12/15.

SILVA, E. C. et al . Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. bras. epidemiol.**, Mar 2016, v.19, n.1, p.38-51.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. **Guía española de hipertensión arterial**. 2005. 22. Supl. 2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq Bras Cardiol**, 2006. Fev: 1-48

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO.; **Campanha: Conheça sua pressão arterial**, 2014.

TACON, K.C. B; SANTOS, H.C. O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível: <http://>

TOLEDO. M, M; RODRIGUES S DE C; CHIESA. A M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** v.16, n.2. Florianópolis Apr./June 2007

WAGMAKER, D.S; PITANGA, F.J.G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.1, p.69-74, 2007.

WENZEL, D; SOUZA, J.M. P; SOUZA, S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 789-95, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 20

ZARATE, H. Las últimas recomendaciones de La OMS frente a la hipertensión arterial. <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=359>. [Marzo, 2010]

