

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

**ANA CLÁUDIA FERREIRA OLIVEIRA**

**BAIXA ADEÇÃO AO AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**

**LAGOA SANTA – MG**

**2013**

**ANA CLÁUDIA FERREIRA OLIVEIRA**

**BAIXA ADESÃO AO AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**

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

Orientadora: Ms. Eulita Maria Barcelos

**LAGOA SANTA – MG**

**2013**

**ANA CLÁUDIA FERREIRA OLIVEIRA**

**BAIXA ADEÇÃO AO AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**

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

Orientadora: Ms. Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Professora: Ms. Eulita Maria Barcelos (orientadora)

UFMG

Professora Dr<sup>a</sup> Maria José Cabral Grillo

UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 30/11/2013

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meus familiares e a professora Eulita Maria Barcelos.

Aos usuários e funcionários da Unidade de Saúde Novo Santos Dumont.

A todos os amigos e enfermeiros.

## **EPIGRAFE**

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.

Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa.

Por isso aprendemos sempre.”

**PAULO FREIRE**

## RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica que se tornou prioridade em saúde pública no Brasil. O Ministério da Saúde apresentou o plano de combate às doenças crônicas não transmissíveis, dividindo-as em quatro grupos com fatores de risco relacionados à qualidade de vida do portador. A Atenção Básica, enquanto um dos eixos estruturadores do SUS vive em um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Entre os seus desafios está o controle da hipertensão arterial. A equipe enfrenta no seu dia a dia uma questão de difícil resolução que é a não adesão ao tratamento pelo paciente hipertenso, ele não se cuida. O presente trabalho objetiva elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao autocuidado pelos portadores de hipertensão arterial. Intervenções consideradas custo efetivas que promovam o autocuidado garantindo a manutenção da saúde do indivíduo. Foi realizada uma revisão bibliográfica, utilizando-se das bases de dados da Biblioteca virtual em Saúde para subsidiar teoricamente o trabalho. Os resultados apontam que o portador de hipertensão arterial é capaz de assimilar e agir em seu benefício. Tem autonomia para se cuidar e esta é baseada e renovada no diálogo ou troca de informações com a equipe multiprofissional. Neste contexto está inserido o enfermeiro, que assume papel relevante nos programas de promoção da saúde, garantindo informações e saberes, evitando assim as adversidades causadas por estas doenças, no cotidiano dos usuários, valorizando o indivíduo produto final deste trabalho. Com a implantação do projeto de intervenção espera-se equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe. Aumento da confiança da população para com os trabalhos da equipe e fortalecimento do vínculo. Comunicação efetiva, população informada, adesão ao autocuidado, empoderamento para cuidados com a saúde, uso correto do anti-hipertensivo e mudanças gradativas nos hábitos de vida. Adesão de hábitos saudáveis melhora a qualidade de vida, redução dos níveis pressóricos e morbimortalidade.

**Descritores:** doenças crônicas; hipertensão; autocuidado.

## ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease that has become a priority in Brazil's public health. The Ministry of Health presented the plan of not transferable chronic disease combat, dividing it into four groups with risk factors related to the patients' quality of life. Primary Care as one of the axes that SUS live in a special time to be taken to one of the priorities of the Ministry of Health. Among his challenges is the control of hypertension. The team faces in their day to day an issue that is difficult to solve non-adherence to treatment by hypertensive patient, he does not care. The object of this study is to develop a plan of intervention to improve adherence to self care by patients with arterial hypertension. Interventions considered cost effective promote self care ensuring the maintenance of the quality of life. A literature review was performed using the databases of the Virtual Library of Health to theoretically support the work. The results indicate that the bearer of *hypertension* is able to assimilate and act on their behalf. They have the autonomy to take care of themselves and this is basic. In this context is inserted the nursing work, who assumes the program of promote health. The nurse is giving information and knowledge, avoiding the adversities caused by the chronic disease, valuing the person, the final product of this job. With the implementation of the intervention project expected conscious and committed to the community team. Cooperation of the entire team. Increase public confidence in the work of the staff and strengthening the bond. Effective communication, informed population, adherence to self-care, empowerment for health gradual changes in lifestyle. Accession to improve the quality of life healthy habits, reduction of blood pressure and mortality levels.

**Descriptors:** chronic diseases; hypertension; self care.

## LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Faixa Etária da População de Abrangência da USF Novo Santos Dumont -2012.....	14
Quadro 2 - Número de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes cadastradas na USF Novo Santos Dumont – 2012 .....	15
Quadro 3 – Quantitativo de hipertensos USF Novo Santos Dumont em out/2012....	27
Quadro 4 – Operações para resolução dos nós críticos.....	31
Quadro 5 - Identificação dos recursos críticos para desenvolver ações.....	32
Quadro 6 - Análise e viabilidade do plano de ação.....	33
Quadro 7 – Plano Operativo.....	34
Quadro 8 - Planilha de Acompanhamento das Ações .....	35



## SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA .....	17
3. OBJETIVO .....	18
5. REVISÃO DE LITERATURA .....	21
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde de grande magnitude respondendo por cerca de 70% das mortes no Brasil segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a). No Brasil as ações de enfrentamento das DCNT passaram a ser prioridade na área da saúde sendo citada pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), gerando maior interesse no estudo destes acometimentos.

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, predomina a mortalidade por doença cardiovascular. Mesmo face à efetividade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, é uma doença de difícil controle provavelmente devido à baixa adesão ao tratamento (MANO e PIERIN, 2005).

A hipertensão arterial, segundo Magnabosco e Nogueira (2011), é um dos mais importantes problemas de saúde pública, tem alta prevalência e baixas taxas de controle, acometendo aproximadamente 20% da população geral e nas pessoas idosas esses índices podem chegar a 50%. Para Mano e Pierin, (2005) como causa isolada, a hipertensão arterial é a mais importante morbidade do adulto.

Além da alta prevalência, apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados sendo uma das mais importantes causas de morbimortalidade universal (SEVERO *et al.*, 2009). Perante isso, Silva *et al.* (2009), relatam a tendência da evolução dos cuidados de saúde apontando para um aumento considerável dos cuidados prestados.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011–2022, focaliza quatro grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus quatro fatores de risco modificáveis (tabagismo, alcoolismo, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade); o combate destes fatores de risco tem se intensificado com as políticas de saúde.

O enfrentamento da hipertensão arterial implica uma reestruturação, no modo de vida das pessoas, uma vez que estas e seus familiares têm que aprender a viver

e a gerir a situação da doença o que não tem se mostrado tão simples no cotidiano das famílias acompanhadas.

Contextualizando o Município, de acordo com dados extraídos do site da enciclopédia livre – Wikipédia (2012), a cidade foi fundada em 1.733, por Felipe Rodrigues, tropeiro viajante que se estabeleceu no local. Era chamada de Lagoa Grande e Lagoa das Congonhas do Sabarabuçu. O nome Lagoa Santa se deu devido ao valor curativo de suas águas.

Lagoa Santa está integrada a região metropolitana de Belo Horizonte, situada a 35 Km da capital mineira, possui 280 quilômetros quadrados de área, o município é sede do Parque do Material Aeronáutico, além da reserva ecológica Parque do Sumidouro. A cidade se tornou acervo turístico cultural, graças à Gruta da Lapinha, que está a 760 metros de altitude.

Em relação aos aspectos geográficos é uma região calcária situada na Bacia Média do Rio das Velhas. A região é formada por planaltos com relevos pouco acentuados, clima tropical e temperatura média anual de 22°C.

Hoje conta com uma população de 54.526 habitantes distribuída em 15.736 famílias. Economicamente é uma cidade urbana com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,783 e densidade demográfica de 228,28 Km<sup>2</sup>; as famílias possuem renda média domiciliar de R\$ 834,00. A fonte de renda é em geral de atividades de agricultura, indústria e outros serviços.

Quanto ao saneamento básico, encontra-se adequado em 53% dos domicílios, 45,8% parcialmente adequado, e os 1,2% restantes inadequados. Possui abastecimento de água tratada contemplando cerca de 45% da população.

A taxa de alfabetização é de 95,3%, sendo que a maioria das pessoas que não sabem ler nem escrever tem mais de 60 anos de idade. A taxa de crescimento populacional anual é de aproximadamente 2,1% ao ano.

O índice de pobreza da cidade está em 16,28% com margem de erro de 7% para mais ou para menos.

Em relação ao meio de transporte utiliza-se de carros, ônibus, motocicletas e a bicicleta é muito usada pela população para deslocamento na cidade.

No município existem 17 unidades de saúde em atenção primária constituídas por equipes da estratégia de saúde da família, sendo que em oito existem equipes de saúde bucal dando uma cobertura de 57,9% da população. As equipes contam com o apoio e colaboração do Núcleo de Assistência de Saúde da Família (NASF) e das assistências especializadas como fisioterapia, psicologia, psiquiatria e nutrição. As outras especialidades clínicas são contempladas de forma descentralizada nas policlínicas, divididas por regionalização o que facilita o acesso.

Em se tratando da área de abrangência da unidade de saúde Novo Santos Dumont, a condição econômica da população pode ser classificada em classe média alta e baixa, encontrando-se casas e condomínios de luxo na proximidade de casas de famílias em situação de risco. A equipe além de atender a comunidade urbana também atende uma área de sítios e fazendas e moradores de fim de semana.

Muitas pessoas se retiram em busca de melhores condições de trabalho e renda. Existe uma parte da população bem sedentária.

Possui duas escolas sendo uma delas na área das fazendas. Conta ainda com igrejas, poucos armazéns, padaria e farmácia. O abastecimento de água não está presente em todas as casas, sendo comum utilizarem água de cisternas. A rede de esgoto está garantida para cerca de 89% das moradias. O fornecimento de energia elétrica contempla 98% das residências. Os resíduos sólidos são coletados nas portas das casas pelo serviço municipal de coleta urbana.

A Unidade Básica de Saúde – Unidade Saúde da Família (USF) Novo Santos Dumont e seu anexo Lagoinha de Fora, local onde o trabalho foi realizado pertencem a Regional Leste de Lagoa Santa. Seu horário de funcionamento é das 07:00 às 16:30 horas, de segunda a sexta feira. São atendidas 1.241 famílias, num total de 3.783 pessoas, divididas entre 07 equipes de saúde.

O quadro de funcionários do Anexo Lagoinha de Fora e USF Novo Santos Dumont é constituído por 16 funcionários: 08 Agentes comunitários de Saúde, 03 auxiliares de serviços gerais, 03 técnicos de enfermagem, 01 médico e 01 enfermeira.

Em relação à estrutura física, a casa é alugada e adaptada ao serviço, dividida em recepção, sala dos ACS's com mesa grande para reuniões, sala de

procedimentos técnicos de enfermagem, sala de acolhimento de enfermagem e sala para coleta de material para exame de papanicolau, sala de atendimento médico e consulta de puerpério e gestantes; sala de curativos improvisada, área externa onde são realizados os atendimentos de grupos.

Por meio do diagnóstico situacional foi possível detectar problemas que prejudicam a saúde da população e dentre elas estão o alcoolismo, o uso de drogas ilícitas, a violência doméstica, diabetes e a hipertensão arterial que é a grande preocupação da equipe de saúde. Foi detectado também que a principal causa dos óbitos está relacionada às doenças crônicas não transmissíveis e câncer.

Os dados apresentados a seguir estão relacionados a um total de 1.241 famílias moradoras da área de abrangência, com um total de 3.067 pessoas, onde cerca de 64,91% desta população é constituída de adultos entre homens e mulheres, faixa etária entre 20 e 59 anos de idade (Quadro 1).

**Quadro 1- Faixa etária da população de abrangência da USF Novo Santos Dumont -2012**

Idade	Número de Pessoas
0 a 15 meses	35
16 meses a 05 anos	204
06 anos a 10 anos	252
11 anos a 19 anos	337
20 anos a 30 anos	567
31 anos a 40 anos	519
41 anos a 50 anos	488
51 anos a 60 anos	417
Acima de 60 anos	249
<b>Total</b>	<b>3.067</b>

**Fonte:** Consolidado Mensal da Unidade de Saúde da Família Novo Santos Dumont (out/2012).

Para direcionar os trabalhos na USF, após realizar o cadastro das famílias em ficha apropriada, realizou uma avaliação do risco social e clínico destas famílias possibilitando maior atenção às famílias que mais se predispõem ao risco de

adoecer, tendo como referencia o que é preconizado pela gestão estadual do Sistema único de Saúde (SUS) (MINAS GERAIS, 2009). Assim são avaliados a faixa etária da família que direciona os programas a serem desenvolvidos, o tipo de moradia, as comorbidades, a renda familiar entre outros fatores que indicam risco social e necessidade de acompanhamento pela equipe de saúde da família. De acordo com a classificação das famílias da USF Novo Santos Dumont, em 2012, tinha 41,99% de famílias classificadas como sem risco, 23,03% como baixo risco, 30,06% como médio risco e 4,90% como alto risco.

No quadro 2 estão apresentados os dados sobre total de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Novo Santos Dumont.

**Quadro 2 - Número de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes cadastradas na USF Novo Santos Dumont – 2012**

Tipo de acometimento	Total diagnosticados
Hipertensão arterial	463
<i>Diabetes Mellitus</i>	131
<b>Total</b>	<b>594</b>

Fonte: Dados apurados no cadastro das famílias na Unidade de Saúde da Família Novo Santos Dumont (out/2012).

Pelo total de hipertensos e diabéticos verifica-se que o número é bem alto para a equipe fazer o acompanhamento e monitoramento como preconizado pelo Ministério de Saúde. O que tem facilitado o acompanhamento é o Hiperdia (programa de monitoramento dos níveis glicêmicos e pressóricos dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e também de novos usuários), o desenvolvimento de trabalhos em grupo e o trabalho contínuo dos agentes comunitários. Porém, mesmo assim, em relação aos hipertensos, o atendimento ainda não está como o desejável devido à dificuldade de adesão do usuário ao autocuidado. É grande a demanda de pacientes em crise hipertensiva devido a não adesão ao tratamento e cuidados propostos. Muitos pacientes referem que

conhecem suas condições de saúde mas por diversos motivos não aderem ao tratamento.

Pode-se inferir que existe uma relação entre os hábitos sedentários e alimentação inadequada com a quantidade de casos de hipertensos e diabéticos encontrados na comunidade.

Esta situação da comunidade em relação à falta de controle e de adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes despertou na autora o desejo de elaborar um plano de intervenção que possibilitasse aos profissionais da equipe de saúde utilizar estratégias para melhorar essa adesão.

## 2. JUSTIFICATIVA

No dia a dia percebemos a importância do trabalho da enfermagem nos programas de promoção e proteção à saúde contemplando o Plano Nacional de Enfrentamento de DCNT no Brasil (2011-2022).

Elas, as DCNT, merecem, por parte do setor saúde, atenção cada vez maior, seja pela sua elevada prevalência em nosso meio, por serem doenças de curso prolongado, magnitude, crescente morbimortalidade, internações, sequelas, alto custo com medicamentos e outros procedimentos necessários como também pelo alto custo que representam para os serviços de saúde (BRASIL, 2007).

A Hipertensão Arterial (HA) também é uma das três principais doenças cardiovasculares responsável pelas mortes nas sociedades ocidentais segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2006).

As complicações decorrentes da hipertensão arterial são possíveis de serem evitadas independente da faixa etária ou classe social.

Um dos problemas mais enfrentados pela equipe é a grande demanda por atendimento de pacientes hipertensos com pressão arterial descompensada. Sendo muito comum entre os atendimentos.

Neste sentido justifica-se a preocupação com a assistência à saúde dos indivíduos acometidos por hipertensão arterial porque se não tratada adequadamente ocorrem frequentes agudizações e podem ocorrer outras comorbidades que levam a sequelas graves. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social no tratamento da hipertensão arterial (BRASIL, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) pode ser útil, pois, pode ajudar os hipertensos a obterem o controle da doença no contexto da família. Estima-se que na população adulta brasileira de 15 a 20% são hipertensos, representando um importante problema de saúde pública. Sendo que é um importante fator de risco de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006).



### **3. OBJETIVO**

Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao autocuidado pelos portadores de hipertensão arterial.

#### 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O primeiro passo na elaboração deste trabalho foi realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência, isso foi realizado pela equipe de saúde, dados referentes à saúde da população, condições sócio econômicas, condições de moradia e saneamento básico, apresentadas na introdução deste trabalho. Após analisadas todas as informações, foi possível conhecer melhor as condições de saúde e risco da população para, em médio e curto prazos, planejar e programar ações preventivas, curativas e reabilitadoras. Em seguida, foram levantadas as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência à saúde da população.

Percebemos grande demanda de pacientes hipertensos ou em crise hipertensiva, alguns com e outros sem sinais e sintomas de hipertensão e com um agravante muitos pacientes não fazem uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos prescritos e não seguem as orientações que são recebidas. Diante deste problema indagamos se os portadores de hipertensão arterial compreendem que podem realizar o autocuidado e que este previne agravamentos, garantindo qualidade de vida.

Diante desse fato foi priorizado intervir na não adesão do hipertenso ao tratamento anti-hipertensivo e ao autocuidado.

Para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto foi realizada revisão de literatura por meio de levantamento bibliográfico de textos, livros, artigos científicos publicados no período de 2000 a 2013. Os dados foram coletados nas bases LILACS, MEDLINE e SCIELO, utilizando-se os seguintes descritores de modo isolado ou em associações: doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e autocuidado.

Foram realizadas leituras detalhadas do material encontrado buscando selecionar aqueles que se identificavam com o objetivo proposto no trabalho.

O modelo teórico de plano de intervenção utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que permite a contribuição de toda equipe

multidisciplinar. Portanto, para a elaboração desta proposta de intervenção contou-se com enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista e educador físico, além dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

Promulgada em outubro de 1988, a Constituição Federal, garante o direito do cidadão à saúde, ao trabalho e à redução dos riscos para a saúde por meio de ações de saúde, higiene e segurança. Considerando os objetivos destacados, houve a intenção de provocar uma análise crítica sensibilizando os profissionais envolvidos, as entidades de classe e os órgãos governamentais sobre a necessidade de corrigirem as distorções (PAIM *et al.*, 2011).

Desde a década de 60, difundiu-se em todo o mundo a busca pela mudança de paradigma nos serviços de saúde, valorizando o modelo de promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2009). Tendências desfavoráveis da maioria dos principais fatores de risco mostram a necessidade de ações adicionais e oportunas de promoção e preservação da saúde (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define as DCNT como de longa duração e progressão geralmente lenta; reconhece-as como sendo a principal causa de mortalidade no mundo, sendo essas consideradas precoces e ocorrendo em países de baixa e média renda (OMS, 2013).

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT implantado no Brasil define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos 10 anos, com redução de 2% ao ano (BRASIL, 2011b). Este plano aborda os fatores de risco o uso do tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, alto teor de glicose no sangue, excesso de peso, que elevam a pressão arterial.

Apesar do rápido crescimento das doenças crônicas, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custos efetivos de promoção da saúde, para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno (BRASIL, 2011b).

Uma intervenção muito utilizadas pelos profissionais de saúde é a educação para saúde que segundo García Martínez *et al.* (2000) é uma ação que tem como objetivo modificar os comportamentos dos indivíduos para que adquiram hábitos

saudáveis e aprendam a usar os serviços de saúde que dispõem e que se sintam capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde.

Como um processo importante numa comunidade, a educação para a saúde, permite que os indivíduos adquiram conhecimentos e competências necessárias para a incorporação de modos de vida saudáveis (GARCÍA MARTÍNEZ *et al.*, 2000).

Corroborando Silva *et al.* (2009) abordam que a educação para saúde é, pois, capacitar as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares por meio do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais sadia.

Nesta abordagem o autocuidado é o resultado que se espera da educação para saúde aos pacientes hipertensos. Para Novais *et al.* (2009), autocuidado constitui-se como a prática de um conjunto de atividades realizadas para manter a vida, saúde e bem-estar, pressupõe que a pessoa possua saberes que lhe permita cuidar de si mesma.

Segundo Mendes (2012), não podemos considerar os usuários como pacientes, mas agentes de sua saúde, nem consumidoras, mas provedoras de seus cuidados. Para tanto necessitam ter uma compreensão da condição crônica que querem prevenir ou melhorar e automotivação para aderirem a comportamentos saudáveis.

Mudanças no estilo de vida, segundo Vieira *et al.* (2011), prática de atividade física regular, abandono do tabagismo e alcoolismo, alimentação saudável dentre outras práticas preventivas, levam à redução do risco para saúde, e previne o aparecimento de novos sintomas.

[...] intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, mas o foco principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. É, por essa razão, que se chama de autocuidado apoiado porque não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se em relação à sua saúde (MENDES, 2012, p. 279).

Perante uma pessoa com doença crônica, ações que favorecem sua autonomia são as mais apropriadas, devendo essa se libertar de atitudes passivas assumindo condição de doente ativo (NOVAIS et al., 2009).

Torna-se importante planejar estratégias de combate às doenças crônicas levando em conta os aspectos culturais, sociais e econômicos que alteram a distribuição dos fatores de risco nas várias populações; inserindo o portador de hipertensão nas decisões, segundo Magnabosco e Nogueira (2011).

No caso da hipertensão arterial, os autores supracitados referem que um fator que atrapalha o tratamento no mundo inteiro é a não adesão ao tratamento estimulado pela ausência de sintomas e tratamento de longa duração.

Dantas (2011, p. 21) refere à existência de vários fatores que influenciam na não adesão ao tratamento da hipertensão arterial como: “baixa escolaridade, raça/etnia, sedentarismo, a falta de exercícios físicos, não realização da dieta indicada, alcoolismo e tabagismo”.

Para Cesarino *et al*, (2008) citado por Messias (2013,p.29) “indivíduos com menor escolaridade apresentam maior prevalência de HAS em comparação aos de maior escolaridade, assim como é observado taxas maiores de doença cardiovascular (DCV) nos níveis socioeconômicos mais baixos”.

Miranda *et al*. (2002) aborda que os pacientes e seus familiares devem ser orientados em relação à doença durante as consultas, atendimento em grupos e sempre que possível por uma equipe multiprofissional.

A hipertensão arterial é uma doença multifatorial isto é, causada por vários fatores que se juntam e dão origem a uma desorganização do complexo e delicado sistema de controle da pressão arterial (MAGNABOSCO e NOGUEIRA, 2011), sendo assim, requer acompanhamento multidisciplinar envolvendo não só o controle medicamentoso, mas a modificação de hábitos de vida e educação em saúde. Neste sentido Castro, Rolim e Maurício, (2005) abordam que as mudanças de hábitos de vida são muito importantes no controle da hipertensão arterial.

- Redução do peso corporal;
- Dieta hipossódica e balanceada;
- Aumento da ingestão de frutas e verduras;

- Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- Realização de exercícios físicos;
- Diminuição do tabagismo;
- Substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados.

Silva *et al.* (2009), mencionam o desenvolvimento de atividades de educação em saúde realizadas por enfermeiros tem papel fundamental no processo de cuidado, aprendizado e autocuidado. Porém, para o autor, a presença da equipe multidisciplinar é um ponto importante para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, pois a interação interdisciplinar mobilizará a produção de novos conhecimentos.

O enfermeiro deve proporcionar o acesso e utilização dos serviços de saúde, a qualidade do serviço prestado, educação e adesão dos usuários às atividades de apoio.

Cabe ainda a educação permanente da equipe, o incentivo, a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e realização de atividades físicas. Para Rodrigues *et al.* (2010), o enfermeiro deve ser crítico, capaz de aprender levando em conta a realidade social, prestando uma assistência humanizada e de qualidade.

Pressupõe-se de acordo com Faria e Bellato (2009), a necessidade de repensar a maneira como os acometimentos a saúde incidem e repercutem na vida da pessoa e de sua família, promovendo mudanças em sua saúde e em seu cotidiano.

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

Para Cecílio (2003) o plano de intervenção funciona como um instrumento para permitir o compartilhamento ou a negociação em relação aos objetivos a serem alcançados. É constituído de ações respaldadas no Planejamento Estratégico Situacional (PES), de forma mais densa e efetivamente participativa. Permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa. Para elaborar este plano foram seguidos os passos descritos abaixo. Mas deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.1 Objetivos do Plano**

- Diminuir o índice de morbimortalidade de hipertensos;
- Prevenir agravos evitáveis dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis;
- Maior adesão ao tratamento proposto;
- Reduzir índices pressóricos nos hipertensos;
- Proporcionar o empoderamento para o cuidado com a saúde.

### **6.2 Primeiro passo: definição dos Problemas**

O ponto inicial para o planejamento de uma ação é a identificação do problema, entende-se que o problema é a insatisfação de um ator frente componentes da realidade que ele quer e pode modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os principais problemas percebidos durante a realização do diagnóstico situacional da USF Novo Santos Dumont foram:

- Grande número de hipertensos com valor pressórico elevado;



- Baixa adesão ao autocuidado em portadores de hipertensão arterial no grupo dos portadores de DCNT;
- Sedentarismo;
- Alimentação não saudável;
- Abuso no uso de álcool e drogas;
- Violência doméstica.

Foram elencados aqui somente os problemas referentes à população adulta e idosa. Não foi considerado o fator história familiar porque acreditamos que a qualidade de vida pode evitar os agravos e consequências destas doenças.

### **6.3 Segundo passo: priorização do problema**

Para a análise dos problemas levantados, foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foi priorizado o elevado número de hipertensos com valores de pressão acima de 140X90 mm Hg, com baixa adesão ao autocuidado e tratamento farmacológico.

### **6.4 Terceiro passo: descrição do problema**

Cotidianamente é grande a demanda por atendimento de pacientes hipertensos com pressão arterial descompensada. Conforme os dados já descritos, dos 3.067 pacientes acompanhados na unidade Novo Santos Dumont, em outubro de 2012, haviam 463 pacientes adultos e idosos com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial que representam 15,09% desta população.

No mesmo período foi registrado 305 aferições de pressão arterial de pacientes hipertensos, sendo que 228 ou 75% dos hipertensos estavam com a pressão arterial acima de 140 X 90 mmHg. Houve registro de 07 novos casos de hipertensos.

O quadro 3 demonstra as condições e fatores de risco dos hipertensos. Consideramos também, o próprio relato dos pacientes durante o atendimento para

quantificar a exposição aos fatores de risco. A não conformidade ao uso de medicações, sedentarismo, não preocupação com alimentação, consumo de álcool e tabaco e até a negação da condição de hipertenso foram constatados. Consideramos obesos apenas os pacientes com índice de massa corporal (IMC) acima de 30. Os hipertensos em situação de maior risco são medicados e ficam em observação na própria unidade os que não tem uma resposta satisfatória ao tratamento são encaminhados ao hospital. A internação e óbito ocorrido foi causada por um acidente vascular cerebral (AVC) em paciente resistente ao tratamento.

### **Quadro 3 – Quantitativo de hipertensos USF Novo Santos Dumont em out/2012**

Quantitativo de hipertensos USF Novo Santos Dumont em out/2012	
Dados	Número de pessoas
Total de hipertensos	463
Total de aferições de pressão arterial	305
Casos novos	07
Pressão arterial acima de 140X90 mmHg	228
Tabagistas	115
Alcoólatras	45
Sedentários	175
Não fez uso do anti-hipertensivo	200
Obesos	70
Em observação na USF	14
Internação hospitalar relacionada a hipertensão	01
Óbitos	01

Fonte: Dados apurados no cadastro das famílias na Unidade de Saúde da Família Novo Santos Dumont (out/2012).

## 6.5 Quarto passo: explicação do problema

Neste momento ocorre a explicação do problema ou seja quais as causas do problema e as relações entre elas. Segundo Campos; Faria e Santos (2010,p.63) o objetivo da explicação é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.”

Posso concluir que existem causas principais geradoras do problema:

### ➤ **Relacionadas ao paciente:**

- Sedentarismo.
- Alcoolismo.
- Baixa adesão ao tratamento
- Dificuldade de seguir as orientações.
- Alimentação não saudável.
- Escolaridade
- Nível de informação sobre a doença
- Nível sócio econômico
- Ausência de família (mora sozinho ou não tem apoio da família)
- Resistência para mudança do estilo de vida
- Negação da doença

### ➤ **Relacionadas ao processo de trabalho da equipe**

- Pouco envolvimento da equipe
- Conhecimento precário sobre hipertensão
- Dificuldade de diálogo com os pacientes
- Acumulo de tarefas a cumprir
- Elevado número de hipertensos
- Precária educação continuada
- Poucos recursos educativos

## 6.6 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

No quinto passo foi realizada uma análise das principais causas consideradas mais importantes na origem do problema, selecionadas aquelas que precisam ser enfrentadas.

Para realizar essa análise utilizamos o conceito de “nó crítico”:

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p.65).

Foram considerados nós críticos:

- **Processo de trabalho:** comprometimento ineficaz da equipe, na promoção e educação em saúde e nível de informação da equipe;
- **Nível de informação do paciente:** incompreensão dos cuidados com a saúde (autocuidado) devido ao baixo nível de escolaridade;
- **Hábitos e estilo de vida:** baixa adesão ao tratamento com resistência às mudanças de hábitos de vida

## 6.7 Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos

No sexto passo descrevemos de acordo com Campos; Faria e Santos (2010, p.70), “como podemos enfrentar os nós críticos definindo operações ou projetos com os resultados e produtos esperados e recursos necessários para realização das ações”. No Quadro 4, para cada nó crítico são apresentadas as operações e projetos propostos, com os resultados e produtos esperados, além dos recursos necessários à sua execução.

**Quadro 4: Operações para resolução dos nós críticos**

<b>Operações para resolução dos nós críticos</b>				
<b>Nó crítico</b>	<b>Projeto</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos</b>
<i>Processo de trabalho</i>	<b>Mão na Massa</b>	- Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e estimulação ao autocuidado na população hipertensa.	- Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe.  -Aumento da confiança da população para com os trabalhos da equipe, fortalecimento do vínculo. Comunicação efetiva.	<b>Organizacional</b> - Espaço físico adequado, Cadernos de Atenção à Saúde na Rede Básica, Recurso Áudio visual. <b>Cognitivo</b> - Informação prévia e estratégia de comunicação. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde.
<i>Nível de informação do paciente</i>	<b>Eu me Cuido</b>	-Utilização da estratégia ação educativa para orientar e discutir com os usuários, seus conhecimentos acerca da doença e suas dúvidas e dificuldades na adesão ao tratamento empregando uma linguagem compreensível para os vários níveis de escolaridade.  - Melhoria do diálogo. Aproximação dos usuários.	- População informada  - Adesão ao autocuidado. Empoderamento para cuidados com a saúde. Uso correto do anti-hipertensivo e mudanças gradativas nos hábitos de vida	<b>Organizacional</b> - Espaço físico apropriado, equipe multiprofissional, mural, gravuras, cartilhas ilustradas, material didático. <b>Cognitivo</b> - Informação prévia e estratégia de comunicação. Percepção da capacidade de aprendizado. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde. <b>Econômico</b> - Aquisição de material informativo.
<i>Hábitos e estilo de vida</i>	<b>Saúde é Vida</b>	- Utilização da estratégia ação educativa para identificar o nível de percepção de saúde pelo paciente. -Discussão sobre alimentação saudável e a necessidade de	- Adesão de hábitos saudáveis melhoria da qualidade de vida. -Redução dos níveis pressóricos e morbimortalidade.	<b>Organizacional</b> - Equipe multiprofissional, recursos didáticos apropriados, tempo disponível para visitas domiciliares e abordagem dos familiares.

		adequação alimentar.  - Esclarecimento sobre importância das atividades físicas e do uso correto das medicações.	<b>Cognitivo</b> - Informação prévia e estratégia de comunicação e estratégia de abordagem. <b>Econômico</b> - Aquisição de material didático, transporte para realização de visitas domiciliares. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde.
--	--	--	--

### 6.8 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Neste passo foi selecionado recursos importantes para realização dos projetos e que não estão disponíveis. É necessário negociação para sua disponibilidade.

### Quadro 5 – Identificação dos recursos críticos para desenvolver ações

Identificação dos recursos críticos	
Projeto	Recurso crítico
<b><i>Mão na Massa</i></b>	<b>Organizacional</b> - Recurso Áudio visual. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde.
<b><i>Eu me Cuido</i></b>	<b>Organizacional</b> - Equipe NASF. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde. <b>Econômico</b> - Aquisição de material, cartilhas ilustradas.
<b><i>Saúde é Vida</i></b>	<b>Organizacional</b> - Equipe NASF. <b>Econômico</b> - Aquisição de material didático e transporte para realização de visitas domiciliares. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde.

### 6.9 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Neste momento avaliamos a motivação de quem controla os recursos críticos necessários para realização das operações ou projetos. Entendemos por motivação o envolvimento ou não de quem controla o recurso para solução do problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 6 – Análise e viabilidade do plano de ação**

<b>Análise e viabilidade do plano de ação</b>				
<b>Projeto</b>	<b>Recurso crítico</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
<b>Mão na Massa</b>	<b>Organizacional</b> - Recurso Áudio visual. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde	Equipe de comunicação áudio visual Coordenação e Gerencia de saúde	Indiferente Favorável	Apresentar projeto solicitando recurso áudio visual. Apresentar projeto solicitando aprovação
<b>Eu me Cuido</b>	<b>Organizacional</b> - Equipe multiprofissional. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde. <b>Econômico</b> - Aquisição de material, cartilhas ilustradas.	Equipe do NASF Coordenação e Gerencia de saúde Setor almoxarifado	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto ao NASF solicitando apoio. Apresentar projeto solicitando aprovação Apresentar projeto solicitando os recursos
<b>Saúde é Vida</b>	<b>Organizacional</b> - Equipe multiprofissional NASF. <b>Econômico</b> - Aquisição de material didático, transporte para realização de visitas domiciliares. <b>Político</b> - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde.	Equipe do NASF Setor de almoxarifado e transporte Coordenação e Gerencia de saúde	Favorável Indiferente Favorável	Apresentar projeto ao NASF solicitando apoio. Apresentar projeto solicitando os recursos Apresentar projeto solicitando aprovação

**6.10 Nono passo: elaboração do plano operativo**

O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 7 – Plano Operativo

Plano operativo USF Novo Santos Dumont					
Projetos	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Mão na Massa</b>	- Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e estimulação ao autocuidado na população hipertensa.	-Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe. -Aumento da confiança da população para com os trabalhos da equipe, fortalecimento do vínculo. Comunicação efetiva.	Apresentar o tema Autocuidado ao hipertenso para equipe.  Disponibilizar linhas guia da saúde e estimular o estudo do material didático previamente e em grupo. Montar calendário de estudos	Enfermeira e médico da unidade	Reunião com equipe agendada para 10/12/2013
<b>Eu me Cuido</b>	- Utilização da estratégia ação educativa para orientar e discutir com os usuários, seus conhecimentos acerca da doença e suas dúvidas e dificuldades na adesão ao tratamento empregando uma linguagem compreensível para os vários níveis de escolaridade. -Melhoria do diálogo. Aproximação dos usuários.	- População informada - Adesão ao autocuidado. Empoderamento para cuidados com a saúde. Uso correto do anti-hipertensivo e mudanças gradativas nos hábitos de vida	Organizar encontros do grupo junto a equipe. Estimular a verbalização e troca de saberes. Possibilitar a aproximação dos pacientes e exposição das dificuldades, medos e angústias, atividade lúdica	Médico da equipe e Enfermeira	Primeiro encontro agendado para 19/12/2013. A cada 15 dias estipulando os temas a serem desenvolvidos por cada profissional.
<b>Saúde é Vida</b>	Percepção de saúde pelo paciente. Esclarecimento importância alimentação saudável e do uso correto das medicações	Adesão de hábitos saudáveis melhoria da qualidade de vida. Redução dos níveis pressóricos e morbimortalidade.	Organizar junto ao NASF orientações para prática de atividade física; preparação de alimentos saudáveis. Estabelecer estratégias para uso correto das medicações; cumprir metas e estimular as mudanças. Acompanha	Equipe NASF. Enfermeiro	Iniciar em 10/01/2013. A cada 15 dias no grupo operativo e semanalmente no mural da unidade. (sala



			mento domiciliar.		de espera)
--	--	--	-------------------	--	------------

### 6.11 Décimo passo: plano de gestão

Para Campos, Faria e Santos, (2010,p.75) o décimo passo é o momento tático operacional, descreve-se a gestão do plano, “cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos”.

### Quadro 8 – Planilha de Acompanhamento das Ações

Planilha de Acompanhamento das Ações					
<b>Mão na Massa</b>					
Coordenação: Enfermeira – Avaliação quinzenal					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
- Equipe consciente e comprometida com a comunidade. - Cooperação de toda equipe. - Aumento da confiança da população para com os trabalhos da equipe, fortalecimento do vínculo. - Comunicação efetiva.	Enfermeira e médico	10/12/2013	Primeira reunião agendada.		

<b>Eu me Cuido</b> Coordenação: Enfermeiro – Avaliação mensal					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
- População informada - Adesão ao autocuidado. - Empoderamento para cuidados com a saúde. Uso correta do anti-hipertensivo e mudanças gradativas nos hábitos de vida	Enfermeiro e médico da unidade	17/12/2013	Agendada para 17/12/2013		
<b>Saúde é Vida</b> Coordenação: Enfermeira – Avaliação semanal					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Adesão de hábitos saudáveis melhora da qualidade de vida. Redução dos níveis pressóricos e morbimortalidade.	Equipe NASF Enfermeiro	10/01/2013	Agendada reunião com equipe NASF		

A proposta é envolver toda equipe realizando grupo de estudos uniformizando o conhecimento e contando com apoio dos profissionais inseridos. Estipular prazos para ações continuadas dentro da equipe para em seguida iniciar ações com os usuários hipertensos e população. Serão acordados os diversos tipos de ação em cada dia de atividade visando alcançar os objetivos já citados neste trabalho. Após a implantação do projeto de intervenção pretende -se realizar reuniões mensais com a ESF para avaliação.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento da população brasileira e a tendência aos hábitos não saudáveis de vida, a hipertensão arterial (HA), está cada vez mais prevalente e os cuidados aos hipertensos faz-se absolutamente necessários. A melhora do acesso à saúde, exige um cenário onde muitos portadores de HA estão inseridos e são acompanhados pelas equipes de saúde. É necessário que esta população de hipertensos seja incentivada ao autocuidado, garantindo assim uma melhora no seu estado de saúde.

Percebemos com esta reflexão que a adoção do autocuidado pelos pacientes reduz agravamentos.

Conhecer as causas que levam a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial e ao autocuidado é de suma importância para a equipe planejar suas ações e aumentar o índice de adesão ao tratamento, diminuindo as complicações da doença e proporcionando a população hipertensa uma melhor qualidade de vida. O trabalho do enfermeiro destaca-se à medida que incentiva práticas de saúde ficando o portador corresponsável pela saúde e seu bem-estar social. Destacamos ser imprescindível o compartilhamento de diversos saberes orientando o paciente de acordo com seus hábitos de vida e sua cultura.

O enfermeiro inserido neste contexto deve trabalhar na detecção precoce dos casos de hipertensão; conscientizar os usuários hipertensos que apresentam dificuldades de adesão ao tratamento prestando-lhes esclarecimentos sobre a doença e as possíveis complicações, a importância do uso contínuo do medicamento conforme prescrito, mudanças no estilo de vida, redução dos fatores de riscos modificáveis incentivando ações de acompanhamento em grupos de apoio; orientando quanto à qualidade dos alimentos e melhor aproveitamento e estimulando a prática da atividade física regular.

As necessidades precisam ser compreendidas considerando os sentimentos e vivências, pois é neste espaço que se enfrenta as dificuldades advindas dessa condição.

O objetivo principal deste trabalho de construir um plano de ação foi alcançado e fica a pretensão de cumprir com os objetivos do plano de ação em prol da saúde dos hipertensos. A construção deste trabalho é apenas o primeiro passo visando a melhoria da qualidade de vida; de nada valerá se não for colocado em prática e submetido às avaliações necessárias.

Para tanto, serão realizadas intervenções contínuas, visitas domiciliares e atividades educativas diversas que podem ser revistas e avaliadas à medida que serão desenvolvidas, estimulando os bons hábitos de vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2 edição. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Declaração Brasileira para a prevenção e controle das doenças e agravos crônicos não transmissíveis**. Brasília. 18 a 19 agosto de 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011b. 148p.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília, 2006. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASTRO, M.E.; ROLIM, M.O; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm**. v.18,n.2,p.184-9. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf> >. Acesso em: 19 Jun 2013.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CESARINO, C. B *et al*. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. Arq. Bras. Cardiol. 2008; 91(1):31-35 citado por

MESSIAS. H. da S. Um enfoque na pessoa idosa com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo – projeto de intervenção Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto. 2013.

DANTAS. A. O. **Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2011.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP.** v.43, n.4, abr. 2009. p. 752-759. ISSN 0080-6234.

GARCÍA, M. A; SÁEZ, C. J; ESCARBAJAL, H. A. *Educación para la salud la apuesta por la calidad de vida.* **Arán Ediciones S. A.** Madrid. 2000.

MAGNABOSCO, P.; NOGUEIRA, M. S. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.13, n.1, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a12.htm>>. Acesso em: 22 out. 2013.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa saúde da Família em um centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm.** v. 18, n. 3, p.269-275, 2005.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan- Americana da Saúde**, 2012. 512p.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 4 – Programação Local e Municipal.** Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 104p.

MIRANDA R.D *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev. Bras. Hipertens.** v 9,n.3, julho/setembro. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em:15 jun. 2013.

NOVAIS, E. *et al.* O Saber da Pessoa com Doença Crônica no Auto-Cuidado. **Revista HCPA.** abr. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/7376/4964>>. Acesso em: 19 out. 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Chronic diseases**. 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)> Acesso em 22 out. 2013.

PAIM, J. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: histórias, avanços e desafios. **Séries Saúde do Brasil 1**. mai. 2011. Disponível em: The Lancet <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>> Acesso em 20 out. 2013.

RODRIGUES, A. C. S. *et al.* A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.44, n.2, jun. 2010. p. 531-537.

SEVERO, D. F.; AMESTOY, S. C.; THOFEHRN, M. B.; GOLDMEIER, S. Conhecimentos e modificações de comportamento frente ao tratamento não-farmacológico da HAS: antes e após educação em saúde do profissional enfermeiro. **Cogitare Enfermagem** v.14, n.3, jul/set. 2009. p. 506-511.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Séries Saúde do Brasil 4**. mai. 2011. Disponível em: The Lancet <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>> Acesso em 20 out. 2013.

SILVA, A. R. V. *et al.*, Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Rev. REME**; v.10,n.3, jul/set. 2009. p.146-151.

VIEIRA, C. M. et al. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.16, n.7, jul. 2011. p. 3161-3168. ISSN 1413-8123.

WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. Lagoa Santa (Minas Gerais). 2012. Disponível em : <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Lagoa\\_Santa\\_\(Minas\\_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Lagoa_Santa_(Minas_Gerais))> Acesso em 01 out. 2012.