

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MADLÍN PÉREZ LAMBERT

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DA VARGINHA.**

SÃO JOSÉ DA VARGINHA / MINAS GERAIS

2015

MADLÍN PÉREZ LAMBERT

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DA VARGINHA**

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

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Castro d'Ávila

SÃO JOSÉ DA VARGINHA / MINAS GERAIS

2015

MADLÍN PÉREZ LAMBERT

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DA VARGINHA**

Banca examinadora

Prof. Dr. Ronaldo Castro d'Ávila (UFMG)

Profa. Selme Siqueira de Matos (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: ao meu marido Fernando Hernández e aos meus três filhos, Lilly, Yasel e Yadián, meus grandes amores.

AGRADECIMENTOS

À minha família e ao meu orientador pela paciência atenção e disponibilidade

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica de alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, as quais se configuram a principal causa de morte em Brasil e responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos elevados é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. A HAS pode, em muitos casos, ser controlada apenas com medidas higiênicas dietéticas (alimentação adequada, atividade física, abstenção de fumo e bebida alcoólica e controle de peso), embora em outros casos seja necessário o uso concomitante de tratamento medicamentoso. O presente estudo centra-se em a hipertensão arterial e tem como público-alvo os usuários assistidos pela equipe de saúde do município de São José da Varginha, Minas Gerais. Acreditando no potencial da estratégia de saúde da família faço uma proposta de intervenção nos grupos de hipertensos assistidos, com finalidade de melhorar a qualidade de vida deles e de atuar sobre grupos de risco prevenindo a doença.

Palavras Chave: Planejamento Estratégico Situacional, Equipe Saúde da Família, Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

Hypertension is a clinical condition of high prevalence and low rates of control. It is considered one of the major modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which is leading cause of death in Brazil and responsible for high frequency of hospitalizations, resulting in high costs is an important risk factor for diseases, stemming from atherosclerosis and thrombosis, wich predominantly passing by cardiac involvement, renal, cerebral and peripheral vascular. It (HAS) can, in many cases, be controlled only with dietary hygienic measures (proper nutrition, physical activity, smoking and alcohol abstention and weight control), while in other cases it is necessary the concomitant use of drug treatment. The present study focuses on hypertension and its target audience users watched by the county health team São José da Varginha, Minas Gerais. Believing in the potential of the family health strategy, we make decided for an intervention in hypertensive groups assisted, with the purpose of improving the quality of life of patients and acting on risk groups preventing the disease.

Key Words: Situational Strategic Planning, Family Health Team, Disease Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Pirâmide Etária (p. 22)

Tabela 1: Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica (p. 18)

Tabela 2: Caracterização da população do ESF “Dr. José Morais” (p. 19)

Quadro 1: Operações sobre o “nó crítico 1” (p. 30)

Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 2” (p. 31)

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 3” (p. 32)

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 4” (p. 33)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCV	Doenças Cardio Vasculares
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos de América
UBS	Unidade Básica de Saúde
FR	Fatores de Riscos
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
HTA	Hipertensão Arterial
HTAD	Hipertensão Arterial Diastólica
IBGE	Planejamento Estratégico Situacional
NASF	Núcleo de Atendimento a Saúde da Família
ONU	Organização das Nacionais Unidas
OPAS	Organização- Pan Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único da Saúde
UPA	Unidade de pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Evolução do Sistema Municipal de Saúde.....	11
1.1.1 Modelo de Atenção.....	12
1.1.2 Situação de Saúde do Município.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 Caracterização do Município de São José de Varginha.....	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	25
6.1 Diagnóstico Situacional da Área de Abrangência.....	25
6.2 Priorização do Problema.....	26
6.3 Descrição do Problema.....	26
6.4 Seleção dos Nós Críticos.....	27
6.5 Desenhos das Operações.....	28
6.6 Gestão da Proposta.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos adultos em populações de todas as partes do mundo. Trata-se de uma enfermidade que se constitui também como um fator de risco importante para outras enfermidades, fundamentalmente para a cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, enfermidades cérebro vascular, insuficiência renal e pode também produzir afetações da musculatura periférica da retina. (CUBA, 2008).

Apesar de que desde a década de 1950 se soubesse que a hipertensão arterial (HTA) interviria no aumento da morbidade cardiovascular nos países desenvolvidos, foram os estudos realizados na década de 1960 e 1970 que claramente demonstraram a relação entre hipertensão e as mortes por complicações vasculares nos órgãos brancos, coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Como consequência se produziu um grande estímulo à investigação em aspectos epidemiológico e básico, tais como seus mecanismos fisiopatológicos. (DUÑNAS, 1992)

Sua prevalência aumentou significativamente em todas as latitudes, a qual se explica em parte pelos novos indicadores mundiais sobre a doença. Estes indicadores variam de um lugar a outro porque há uma variabilidade em relação de dependência das particularidades genéticas e ambientais que caracterizam cada região. (MINSAP, 2007)

Existem no mundo, atualmente, milhões de hipertensos, cifra que pode aumentar em 2015, na ordem de 500 milhões de pessoas. Segundo um estudo internacional realizado por especialistas da Suécia, Grã Bretanha e Estados Unidos, no Guia de Prevenção, diagnóstico e tratamento para a hipertensão arterial (MINSAP, 2007), cabe uma reflexão sobre causas, consequências, e prevenção da hipertensão. O problema que já não é somente do mundo ocidental, tem sido detectado em algumas regiões de África, com milhões de mortes por ataques cardíacos por ano. (MINSAP, 2007)

No mundo estima-se que 691 milhões de pessoas padeçam de problemas cardíacos. Das 15 milhões de mortes causadas por enfermidades circulatórias, 7,2 milhões são por enfermidades coronárias e 4,6 milhões são por enfermidades vasculares encefálicas. A HTA está presente na maioria delas. As tendências mundiais no aumento da expectativa de vida em quase todos os países têm propiciado o aumento da quantidade de idosos. Na maioria dos países a prevalência se encontra entre 15% e 30%. A frequência de HTA aumenta com a idade, demonstrando-se que, depois dos 50 anos, quase 50% da população padece desta enfermidade. Em muitos países é a causa mais frequente de consulta médica e de maior demanda de muitos medicamentos.

Segundo dados obtidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) as enfermidades cardiovasculares - e dentro delas a HTA - devem ser consideradas como um problema de saúde prioritário nas Américas, com enormes repercussões sociais e econômicas.

1.1 Evolução do Sistema Municipal de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde, entende-se por saúde o completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (OMS, 1948). Saúde traz hoje para a população em geral a ideia de ausência de doenças e apenas isso. . A saúde não é mais concebida apenas como fator de produtividade, mas como um direito do cidadão,entretanto, somente com a publicação da Constituição Brasileira de 1988, é que o direito à saúde passa a ser garantido com isso Estabeleceu “a saúde é direito de todos e dever do Estado” que deve programar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; enumera “participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde”.(BRASIL, 1988)

1.1.1 Modelo de atenção

Este modelo de atenção tem como objetivo fundamental na política municipal de saúde garantir a reorientação do modelo de atenção em São João da Varginha, que nos próximos anos dar-se-á através do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, no lugar certo, de modo certo e com custo certo. Muito além do atendimento à demanda que deve ser realizado sempre com muito respeito e qualidade, o atendimento humanizado será norteado pelo “Acolhimento” em todos os projetos, programas e instâncias da Secretaria Municipal de Saúde.

1.1.2 Situação da saúde no município

Todo nosso município está coberto pelo programa de saúde, constituído por uma equipe de saúde composto por oito agentes comunitários na zona urbana e oito na zona rural, trabalhando de segunda à sexta feira com uma carga horária de 7 a 16 horas, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem com uma carga horária de 7 horas semanais. Há, ainda, atendimento psicológico três vezes por semana e nutricionista uma vez por semana com apoio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Além disso, a equipe do município conta com uma Unidade Básica de Saúde, composta por quatro enfermeiros, plantão noturno, um enfermeiro responsável técnico, dois médicos clínicos dois pediatras e um ginecologista; há um laboratório com uma bioquímica e uma auxiliar de laboratório que atende de 8 às 11 da manhã de segunda a sexta feira; uma fisioterapeuta de segunda a sexta feira de 8 às 11 horas. Não existe um Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF), e quando precisamos desse serviço, por decisão de UBS, encaminhamos a nossa rede de saúde para o município de Pará de Minas. Mantemos o sistema de referência dos casos de média e alta complexidade com encaminhamento dos pacientes que requerem avaliação por especialidades verticalizadas por meio de uma rede informatizada, estabelecido por redes de média e alta complexidade para os casos dos exames de alta complexidade, tais como: ressonância magnética, tomografia, desintometria óssea, todos sob a coordenação da Prefeitura e Secretaria de Saúde. O município conta também

com um hospital e uma unidade de pronto atendimento (UPA), que presta atenção de alta tecnologia a uma distância de até 30 minutos da cidade, integrando uma rede de sistema de atendimento em diferentes especialidade, dentro dos princípios estabelecidos e da participação popular ou profissional da saúde que prestam serviços em diferentes equipes.

De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no polo de São José os pacientes têm à sua disposição uma farmácia popular, que é de uso a população sem restrição de sexo, raça, religião ou tendência política. A saúde bucal tem uma cobertura da atenção básica em torno de 70,2% da população. Os casos de cirurgia, canal e periodontia são enviados a Nova Serrana.

A Secretaria de Saúde tem como atribuição identificar, planejar e executar ações e estratégias de promoção e prevenção em saúde na atenção primária secundária e terciária, através de políticas de saúde pública em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A vigilância em saúde tem como objetivo avançar na maneira de promover saúde, proporcionando maior qualidade de vida. São incluídas nessa abordagem as ações de controle sanitário de alimentos, o controle de risco ocupacional nos ambiente de trabalho, o controle de focos e fontes de doenças transmissíveis, fármaco-vigilância e o monitoramento e redução de agravos de doenças a assistência coletiva. O programa Vigilância à Saúde terá seu trabalho reestruturado a partir da obtenção de informações sobre a situação sanitária, riscos e agravos à saúde, desencadeando ações de controle na busca constante de melhores condições de saúde da população. Este programa compreende os seguintes serviços: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Nutricional e de Alimentos; Vigilância à Imunobiológicos e Medicamentos; Vigilância à Saúde do Trabalhador; Vigilância às Estabelecimentos de Saúde e locais de uso coletivo, além de fiscalizar os estabelecimentos de baixa complexidade.

Dentre os problemas identificados pelas equipes na área de abrangência, as maiores relevâncias são: grandes números de pacientes hipertensos, diabéticos em tratamento irregular, excessivo usam de ansiolíticos e antidepressivos na população,

falta de adesão da população à atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças, tabagismo e alcoolismo.

Porém, de acordo com os critérios de governabilidade, urgência e impacto, o problema eleito como prioridade foi o risco cardiovascular aumentado, devido ao grande número de hipertensos existentes na área de abrangência.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho será a elaboração de uma proposta de intervenção para organizar ações que contribuam para diminuir a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em nossa área.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram à primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (BRASIL, 2006).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbi mortalidade cardiovasculares com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (BRASIL, 2006).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida,

têm forte repercussão sobre o padrão de morbi mortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população: servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções. Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. Observa-se, entretanto, grande variabilidade na informação obtida, em função de vários fatores, entre os quais: a) desenhos de amostra diversos; b) distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, etc); c) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural); d) critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA); e) fonte e tipo de dados coletados; e f) análise dos dados. Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública. (PASSOS, 2006)

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos. Meu trabalho teve por objetivo revisar, de forma crítica, os estudos recentes de base populacional que estimaram a prevalência de hipertensão em adultos brasileiros. (PASSOS, 2006)

Consta das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010) que a hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA - 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SBC, 2010).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 20075 casos. (SBC, 2010).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%)^{7,9}. Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros^{7, 9} com as obtidas em 44 estudos de 35 países⁸, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do

interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. (SBC; SBH; SBN, 2006).

A Classificação da HAS tem sido frequentemente revista e publicada em formatos diferentes nos últimos congressos nacionais e/ou internacionais. Exemplos disso são o (VI JNC 2007), V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica (JAMA 2003). Tais nomenclaturas trazem visões diferentes e têm dificultado a uniformização da abordagem dessa patologia. Em função disso, a SMSA-BH decidiu adotar nesse protocolo, classificação semelhante à das V Diretrizes Brasileiras para Hipertensão, seguida de uma adaptação para a classificação de risco cardiovascular apropriada para utilização no Projeto Gestão Saúde em Rede BH. A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos dois mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronária. Em combinação com o diabetes representa 62,1% dos diagnósticos primários de pessoas submetidos à diálise.

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006)

Tabela 1. Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2010).

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140mm	<90

* Pressão normal- alta ou pré- hipertensão são termos que se equivalem na literatura

Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

No município São José da Varginha existe um total de habitantes de 3840 deles masculinos 1976 habitantes e femininos 1864 (Tabela 2), com um número de famílias estimadas de 1297, onde as principais doenças em nossa comunidade e zonas de abrangências esta constituídas por doenças neoplásicas e doenças cardiovasculares sendo a hipertensão arterial uma das doenças de maior prevalência com um incremento na incidência da mesma.

Entre os problemas priorizados pela nossa equipe durante a realização do diagnóstico situacional da área de saúde, feito por ocasião da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, se encontra a Hipertensão Arterial Sistêmica, por ser a segunda causa de morbidade em número de casos, com registro na Secretaria de Saúde, de 567 portadores até 25 de março de 2014. A terceira morbidade em número de casos é o *Diabetes Mellitus*, com 119 portadores registrados na Secretaria de Saúde até março de 2014.

Outro fator importante para priorizar a hipertensão arterial, foi que a população reconhece esta doença como um problema de saúde existente no município dado pelo incremento de pacientes que vão a consulta com problemas cardiovasculares.

Este trabalho se justifica pelo alto número de pacientes hipertensos que existe no PSF "Dr. José Morais". Uma análise profunda foi feita no levantamento dos problemas

e considerou-se que temos suficientes recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção que contribua para a diminuição da incidência e prevalência deste problema de saúde que afeta um número considerável da população assistida e melhore a saúde da população de São José da Varginha, promovendo mudanças importantes nos hábitos de vida.

Tabela 2: Caracterização da população do ESF “Dr José Moraes”, município São José da Varginha (Minas Gerais), segundo a idade e gênero, 2014.

Faixa Etária	M	F	Total	%
< 1 ano	17	14	31	0,8
1 a 4 anos	111	81	192	5,0
5 a 6 anos	51	34	85	2,2
7 a 9 anos	71	82	153	4,0
10 a 14 anos	164	160	324	8,4
15 a 19 anos	152	164	316	8,3
20 a 39 anos	661	594	1255	32,7
40 a 49 anos	269	262	531	13,8
50 a 59 anos	230	216	446	11,6
≥ 60 anos	250	257	507	13,2
Total	1976	1864	3840	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica, 2014.

O nível de alfabetização das pessoas que residem nessa área, bairro de periferia e densamente povoado, varia entre semianalfabetos, analfabetos e alfabetizados, sendo que prevalece o último. Taxa de emprego e principais postos de trabalho: cerca de 90% da população está empregada e cerca de 10% são desempregados. Os principais postos de trabalho são horticultor, granjeiro, auxiliar de produção, sendo a agricultura a principal fonte de trabalho do município.

Nossa comunidade conta com uma escola municipal e uma estadual, creches onde ficam as crianças das mães que trabalham. Participação ativa da igreja a qual colabora com as crianças, ofertando a elas alimentação e orientação aos adolescentes. Contamos com eletricidade, água, serviço telefonia tanto zona rural como zona urbana. Por enquanto, nossa unidade de saúde PSF conta com três ambulâncias, um carro e uma van para transporte de pacientes que se tratam em Belo Horizonte (SI-AB, 2014) .

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Propor um plano de intervenção educativa baseadas em ações que contribuam para a diminuição da incidência de crises hipertensivas no município de São José da Varzinha.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar as principais causas que incidem no aparecimento de crises hipertensivas na área de abrangência do PSF do município.
- Identificar as necessidades formativas dos pacientes relacionadas com a hipertensão arterial.
- Elaborar a proposta de intervenção educativa.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da Proposta de Intervenção, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) e para o desenvolvimento do presente trabalho, foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações referentes a estudos de prevalência de hipertensão arterial em adultos. Utilizou-se as informações prestadas pela própria comunidade, dados registrados pelos agentes de saúde, dados do IBGE (2014), líderes formais e informais de toda a comunidade.

Através de levantamento feito pela equipe de saúde, identificaram-se os recursos críticos para verificar-se a viabilidade do plano operativo. No tratamento dos dados identificaram-se os principais problemas existentes na comunidade, o que permitiu que fosse estabelecida uma ordem de prioridade, com suas causas, consequências, objetivos, ações e detalhamento das ações que ficariam sobre a responsabilidade da

equipe de apoio. Ficou definido, também, um prazo para o enfrentamento de cada problema e o recurso financeiro necessário para tal. Considero necessário realizar outra reunião com a equipe de saúde para discussão dos dados coletados, o que foi bem aceito por todos seus integrantes.

4.1 Caracterização do Município de São José de Varginha

O município de São José da Varginha localiza-se no médio Centro - Oeste de Minas Gerais. Distância aproximada dos principais centros: 108 km de Belo Horizonte, a 73,6 Km de Divinópolis e a 21,1 Km de Pará de Minas. Pertence à Macro Região Oeste/ Divinópolis e Micro Região de Pará de Minas.

Compreende uma área territorial de 205,501 Km², com uma densidade demográfica (hab / Km²) de 20.43. La temperatura média atual é de 20,1 °C. A topografia apresenta-se 35% plano, 25% ondulada e 40% montanhosa (IBGE, 2006).

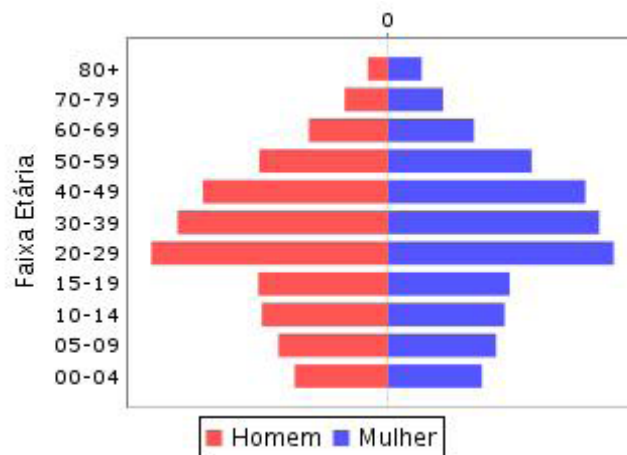
O processo de ocupação da região onde está situado São José da Varginha teve início no ano de 1962. Os primeiros habitantes da região vieram em busca de ouro na região de Pitangui. Porém, como na localidade se cobrava o imposto do quinto, o bandeirante Domingos Rodrigues do Prado resolveu se estabelecer em outra localidade, trazendo consigo outros paulistas, iniciando assim a ocupação das terras do atual município (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA VARGINHA, 2014).

O município de São José da Varginha localiza-se no médio Centro - Oeste de Minas Gerais. Distância aproximada dos principais centros: 108 km de Belo Horizonte, a 73,6 Km de Divinópolis e a 21,1 Km de Pará de Minas. Pertence a Macro Região Oeste/Divinópolis e Micro Região de Pará de Minas. Compreende uma área territorial de 205, 501 Km². Temperatura média atual é de 20,1 °C. A topografia apresenta-se 35% plano, 25% ondulada e 40% montanhosa.

A população de São José de Varginha é composta por 4.198 pessoas, o que indica que se trata de um município de pequeno porte, quando se toma como referência

sua área territorial que é de 205,501 km². A população urbana é de 2.372 (56,51%) e a rural de 1.826 (43,49%) pessoas, o que permite afirmar que os habitantes do município se dividem pela cidade e pelo campo de uma maneira quase uniforme. Além disso, verifica-se que a população é composta por adultos, tal como se observa no Gráfico 1 abaixo, sendo 50,80% de homens e 49,20% de mulheres. Estas características da população, relacionadas à distribuição zona urbana/zona rural e à faixa etária predominante no município é uma indicação importante para o estabelecimento de ações de enfrentamento dos principais agravos de saúde destacados no presente trabalho.

Gráfico 1: Pirâmide Etária



(Fonte: Cadastro das Comunidades UBS de São José da Varginha).

Para levantamento dos dados referentes ao Município de São José da Varginha foram utilizadas, também, referências bibliográficas da sociedade brasileira de nefrologia e de cardiologia, consideradas importantes para a implantação do sistema SUS no Brasil. Com este objetivo, todas as pessoas com doenças crônicas estão sendo registradas para possibilitar melhoria na saúde modificando seu modo e estilo de vida com mudanças na alimentação, o que reflete o padrão de morbidade no Brasil de acordo com as projeções da Organização das Nacionais Unidas (ONU,2002).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. (SBC, 2011)

O momento exato de quando se dá o início da hipertensão não é certa, e sua existência foi registrada pela primeira vez em 1677, mas foi necessário passar mais de um século desde Harvey demonstrou a existência do mesmo, para que Stephen Hales, químico e naturalista Inglês, fizesse pela primeira vez em 1761 a medição da pressão arterial intravascular. Esta medida foi feita através da introdução de uma cápsula na veia do pescoço de um cavalo e anotando o quão alto o sangue subiu na mesma. Esta altura representa a força exercida sobre pelo sangue na parede da artéria, ou seja, a pressão nesse nível. Cinquenta anos depois Poeseuille fez modificações no tubo Hales, deixando-o curvo, em forma de V com mercúrio dentro. Em 1834, o médico Herrison Frances desenhou uma equipe colunar, mas todas estas medidas foram intra-arterial até que, em 1836, Riva Rocci criou o manguito pneumático para compressão da parede da artéria (CORDIES, 2010).

A hipertensão é uma das doenças mais estudadas no mundo, não em vão tem sido chamado de assassina silenciosa, pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença e que, muitas vezes, é diagnosticada quando o paciente já está com alguns órgãos afetados (DUEÑAS, 2011, p.195-201).

É definida como pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mm Hg ou mais (tendo em conta a primeira aparição do ruído), ou pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg ou mais (tendo em conta o desaparecimento dos ruídos), ou ambas as figu-

ras inclusive. Esta definição aplica-se a adultos mais velhos (CORDIES, 2010; HERNÁNDEZ, 2009, p. 1-10).

OMS previu que, em 2020 estes números serão equivalentes 73 % de 60% de morbidade e de mortalidade, respectivamente. No entanto, desde que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) havia notado que a pressão alta afeta mais de 140 milhões de pessoas nas Américas, com o agravante de que mais de 50% deles nem sequer sabem. Por essa razão, a OPAS/OMS busca aprimorar e desenvolver estratégias e ferramentas para facilitar o desenvolvimento das atividades de detecção precoce em curso e ampliando o nível de conhecimento da população quanto à patologia, fatores de risco e impactos da HAS (OPAS, 2011, p.1-3).

Estudos epidemiológicos concluíram que vários fatores de risco relacionados à hipertensão, tais como: idade (50 – 55 anos), sexo (masculino), cor da pele (negra), alcoolismo, tabagismo, hiperlipidêmico e doenças cardíaca isquêmica, cerebrovascular e diabetes mellitus. Outros fatores: herança familiar, grau de parentesco (de primeiro grau), tipo de alimentação, obesidade e consumo médio de sódio - este último ainda com entendimentos controversos -, estresse ambiental, bem como a ansiedade e a personalidade depressiva, foram comprovados em vários estudos epidemiológicos. (GONZÁLEZ - JUANATEY, 2013).

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros, sendo 36% de homens adultos e 30% de mulheres, se constituindo o mais importante agravamento para o desenvolvimento de fator de risco de doença cardiovascular, incluindo AVC e infarto do miocárdio – o que representa as duas principais causas de mortes no país. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada tanto uma doença quanto um fator de risco, ocorrendo como um grande desafio para a saúde pública (FERREIRA, 2009, p. 91 - 101).

Merece atenção mudar o perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, tais como hábitos alimentares, que pode causar um aumentando progressivo da prevalência de excesso de peso ou obesidade. Hábitos alimentares inadequados,

juntamente com a baixa adesão à realização de exercícios físicos, contribuem para a formação de pessoas obesas ou com sobrepeso (DIAZ, 2012). Isso pode levar ao afastamento do trabalho, pensões por invalidez de alto custo para as famílias e do poder público, com gastos com o tratamento medicamentoso e de reabilitação.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Cardoso (2004 – 2007), o Planejamento Estratégico Situacional foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus. Segundo ele “... planejar é preparar-se para a ação” (p. 187). Todo método de planejamento apresenta etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não se prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado e um território deve ser selecionado para apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo (CARDOSO *et al*, 2011).

Para programar um projeto de intervenção em saúde, com o objetivo da redução da incidência da hipertensão arterial em nosso município é necessário fazer uma análise situacional da saúde do município, determinando os fatores de risco que estão influenciando na prevalência desta doença. O objetivo é construir um plano de ação a ser implantado, discutido e avaliado por toda a equipe de saúde, para definir o contexto de ação, a pessoa responsável, o tempo adequado para desenvolvimento do projeto e os recursos necessários.

6.1 Diagnóstico Situacional da Área de Abrangência da ESF “Dr. José Moraes”

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da PSF, foi construída a Proposta de Intervenção para enfrentamento do problema escolhido a partir do diagnóstico realizado pelo método Planejamento Estratégico Situacional (PES).

6.2 Priorização dos Problemas

Para a identificação dos problemas levamos em conta a magnitude de cada um deles, considerando-se a pertinência, legalidade, resolutividade e aceitabilidade. Também nos utilizamos do método do ranqueamento, estabelecendo uma ordem numérica e assim chegamos às prioridades aos problemas.

Relacionamos os principais problemas que afetam a população:

1. Alto número de pacientes Hipertensos
2. Aumento dos casos de doenças tumorais
3. Aumento dos casos diabetes mellitus
4. Aumento dos casos doenças do sistema ósseo mio articular
5. Aumento dos casos doenças mentais e comportamentais
6. Tabagismo.
7. Alcoolismo.

Podemos considerar que as principais causas do aumento de doenças relacionadas à hipertensão arterial são:

- Estresse, sedentarismo. Ingestão em excesso gorduras.
- Obesidade.
- Ingestão em excesso de refrigerantes, bebidas alcoólicas, maus hábitos alimentares, elevado consumo de sal na alimentação.

6.3 Descrição do Problema

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vida saudável, praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, evitar sobrepeso e a obesidade e comparecer à consulta médica regularmente. A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassa 130 mmhg e a diastólica (mínima) é inferior a 85 mmhg. Na maioria das vezes, a pressão alta tem é uma herança genética e também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como: obesidade, in-

gestão excessiva de sal ou de bebidas alcoólicas e inatividade física (SBC; SBH; SBN, 2006).

O aumento de hipertensos pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Um hipertenso pode ser mal controlado primeiramente por não ser identificado, não ter sido diagnosticado adequadamente, não ter sido cadastrado. Esse paciente não é atendido pelo serviço de saúde, portanto não é examinado, não faz uso de medicação ou o faz incorretamente, não é submetido a exames de rotina. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

Segundo dados do SIAB (2013), de um total 3055 pacientes compreendidos na faixa etária de 15 anos ou mais, existem 483 pacientes hipertensos estimados no município São José da Varginha, o que representa 15,81% da população total do posto.

6.4 Seleção dos Nós Críticos

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando “atacado”, é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. As causas geradoras do grande número de hipertensos em nossa área de abrangência seriam:

- Hábitos e estilo de vida não saudáveis
- Nível de informação sobre o problema de saúde, influenciando na forma de o indivíduo lidar com ele e também, na adesão ao tratamento.
- A estrutura dos serviços de saúde, para receber e atender o paciente, solucionando da melhor forma seu problema, evitando complicações.
- Processo de trabalho da equipe de saúde, afetando a qualidade do cuidado prestado e a eficácia do mesmo.

6.5 Desenho das Operações.

Com os problemas bem explicados e identificados as causas consideradas mais importantes tornam-se necessário pensar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir da explicação do problema é que será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal,

Através do desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos, se elaborou a presente proposta de intervenção para diminuir a prevalência de Hipertensão Arterial no ESF “Dr. José Morais” do município São José da Varginha. As operações estão discriminadas nos quadros abaixo:

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado à prevalência da Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF “Dr. José Moraes”, no município São José da Varginha, Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação	“ Mudança de Hábito ”.
Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir em no mínimo 25% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de doze meses.
Produtos esperados	Programa de caminhada orientada; Distribuição de panfletos com orientações sobre alimentação, prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis Programa de informação a população.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, Enfermeira, Dentista, ACS, Profissional de Educação Física*.
Recursos necessários	Estrutural: organizar as caminhadas; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: Aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais. Político: Conseguir o espaço de difusão por carro de som
Recursos críticos	Conseguir espaço na divulgação local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Municipal Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto para angariar apoio das associações
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, Dentista, ACS (Agente Comunitário de Saúde).
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação anual.

* A proposta prevê a contratação de um Profissional de Educação Física para planejar e desenvolver atividades físicas na comunidade.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado à prevalência da Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF “Dr. José Moraes”, no município São José da Varginha, Minas Gerais

Nó crítico 2	Nível de informação sobre o problema de saúde
Operação	“Saiba mais”
Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos Cardiovasculares.
Resultados esperados	Comunidade mais informada sobre os riscos cardiovasculares
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa; programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e de cuidadores.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, enfermeira, Dentista, ACS.
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Financeiro: Aquisição de folhetos educativos, recursos audiovisuais. Político: Conseguir o espaço de difusão por automóvel falante
Recursos críticos	Conseguir espaço na divulgação local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Municipal Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto Apoio das associações
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, Dentista, ACS.
Cronograma / Prazo	Início em quatro meses e término em sete meses; Início em sete meses; início em seis meses, avaliações a cada semestre; início em três meses e término em cinco meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação: a cada seis meses

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado à prevalência da Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF “ Dr. José Morais”, no município São José da Varginha, Minas Gerais

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde
Operação	“Mais estrutura”
Projeto	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado
Resultados esperados	Garantir os medicamentos e exames previstos nos protocolos para 85% dos hipertensos
Produtos esperados	Capacitação de pessoal; contratação de exames e consultas especializadas; oferta de medicamentos.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, Enfermeira, Dentista, ACS.
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda Cognitivo: elaboração do projeto de adequação. Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas) Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Recursos críticos	Conseguir espaço na divulgação local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Municipal Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, Dentista, ACS.
Cronograma / Prazo	Cinco meses para apresentação do projeto e dez meses para aprovação e liberação dos recursos e seis meses para compra dos equipamentos; início em cinco meses e finalização em dez meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação anual

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado à prevalência da Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF “Dr. José Moraes”, no município São José da Varginha, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
Operação	“Linha de cuidado”
Projeto	Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência.
Resultados esperados	Cobertura de 85% da população com risco cardiovascular aumentado.
Produtos esperados	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, Enfermeira, Dentista, ACS.
Recursos necessários	Estrutural: adequação de fluxos (referência e contrarreferência). Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Financeiro: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Recursos críticos	Articulação entre os setores assistenciais da saúde
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Municipal Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto à Secretaria Municipal de Saúde.
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, Dentista, ACS.
Cronograma / Prazo	Início em três meses e finalização em doze meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação: a cada ano.

6.6 Gestão da Proposta

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos em menor tempo possível. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Deve ser observado se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma como foi determinado. Importante também realizar reuniões com a população para saber se estão satisfeitas com as mudanças e se apresentam alguma sugestão.

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas mais importantes tornam-se necessário pensar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho, pretende-se que nossa comunidade aprenda como prevenir e controlar a doença mais frequente em São José da Varginha: a hipertensão arterial. Os estudos realizados permitiram-nos modelar uma proposta de intervenção educativa que possibilita a elevação do nível de conhecimento, atitudes e práticas, para a prevenção desta doença e suas complicações, aumentando a esperança de vida de na população do município. Se for garantida uma qualidade de vida melhor para a população, é possível que seja desenvolvida uma maneira de identificar mais facilmente os fatores de risco que os afetam, contribuindo assim para uma vida saudável.

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe pôde realizar um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da PSF “Dr. José Morais” e refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para os problemas detectados.

A existência de um grande número de pessoas com hipertensão no município resultou na elaboração desta Proposta de Intervenção, e que pode servir de referência para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

Por fim, entendo que a utilização do Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS

AV, Bakris GL, Black HR, et al: The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, *Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*: the JNC 7 Report. JAMA, 2003.

AV, Hill M: *National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: a critical review of current scientific evidence*. Hypertension 35:858, 2000 [PMID 10775551].

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. *Descritores em Ciências da Saúde*. Brasília [online], 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em Novembro de 2014.

BRASIL Documento do Banco Mundial. *Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil*. Relatório No. 32576-BR. 15 de novembro de 2005. Disponível em: ftp://ftp.sve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/relatorio_bancomundial.pdf.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acessado em Novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Educação Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 15. Brasília – DF. 2006. Disponível em: <dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial 1ª edição. *Cadernos de Atenção Primária*, nº 19. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Rastreamento. Volume II. 1ª edição. *Cadernos de Atenção Primária*, nº 29. Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

Acesso em: 17/12/2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 118p.

CARDOSO JUNIOR, José Celso, GIMENEZ, Denis Maracci. *Crescimento Econômico e Planejamento no Brasil (2004-2007): evidências e possibilidades do ciclo recente*. In: CARDOSO JUNIOR, José Celso (Org). *A reinvenção do planejamento governamental no Brasil*. Brasília: IPEA, 2011.

COCA A. *Evolución del control de la hipertensión arterial en España*. Resultados del estudio Controlpres, 2001.

CORDIES, J.L., et al. *Hipertensão Arterial*. Definição e classificação. Cidade de Havana. Edciencias, 2010.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. *Iniciação à metodologia: textos científicos*. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acessado em: Novembro de 2014.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora Del Programa de Hipertensión Arterial. *Hipertensión Arterial: Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. 64 p. Disponível em: <http://www.hvil.sld.cu/uploads/10/guia_cubana_hta2008.pdf>. Acesso em: 29/06/2015.

DUEÑAS, H.A. Hipertensão arterial. Seu controle em nível primário de saúde. *Rev Cub Med Gen Int*. 8 (3); feb, sept, 2011, p.195-201. *Guia Cubano para a prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão*. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hta_cubana__version_final_2007revisada_impresa>. Acesso em: 20 de maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2014. *Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudo de base populacional*. Disponível em: <www.scielo.iec-pa.gov.br>. Acessado em Novembro de 2014.

MALTA, D.C., et al. *Doença a 2006. Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-62.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 11/05/2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf> Acesso em: 17/12/2014.

OPAS. *A hipertensão arterial como problema de saúde comunitário: Oficina sanitária Pan-Americana*. V 3, 2010, p. 1-3. Relatório de desenvolvimento humano da Organização das Nações Unidas (ONU, 2002). Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso em 20 de maio de 2015.

PASSOS V. M. A., ASSIS T. D., BARRETO S. M.. *Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional*. Epidemiologia e serviços de saúde. V.15, n.1, p.35-45, Belo Horizonte, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA VARGINHA. Secretaria de Saúde. *História*. Disponível em: <http://www.saojosedavarginha.mg.gov.br/a-cidade/historia/>. Acesso em: 22/05/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006. Acesso em: 11/05/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 7 mar. 2015.

SUTTERS M (2014). Chapter 11. Systemic Hypertension. In: PAPADAKIS M.A., MCPHEE S.J., RABOW M.W. (EDS), *Current Medical Diagnosis & Treatment 2014*. Retrieved March 29, 2014.