

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MAGNA DOS SANTOS CAVALCANTE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DA UBS LUIZ VIEIRA TIMOTEO EM CAMPO ALEGRE-AL.**

MACEIÓ/AL

2016

MAGNA DOS SANTOS CAVALCANTE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DA UBS LUIZ VIEIRA TIMOTEO EM CAMPO ALEGRE-AL.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família (NESCON/UFMG) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Dra. Alba Otoni

MACEIÓ/AL

2016

MAGNA DOS SANTOS CAVALCANTE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DA UBS LUIZ VIEIRA TIMOTEO EM CAMPO ALEGRE-AL.**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Alba Otoni – Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora (UFSJ)

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de Setembro de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus por tudo que me há dado, a minha família que sempre esteve ao meu lado, meu marido e aos amigos que contribuíram muito para essa formação; sendo muito importante a participação deles nesta etapa da minha vida.



AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha mestra em minha vida

.

A minha querida família

Aos meus queridos colegas de serviço

Aos meus queridos pacientes.

Aos tutores que tanto me ajudaram nesta especialização.

Enfim, a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para esta formação



É parte da cura o desejo de ser curado

Sêneca

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença comum em todo o mundo e acomete jovens, adultos e idosos, pessoas de ambos os sexos, de todas as raças e de qualquer padrão social; é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais; os fatores de risco tais como obesidade, sedentarismo, hábitos inadequados de alimentação, baixos níveis de escolaridade e analfabetismo, causam aumento e manutenção dos casos de Hipertensão Arterial, além da não adesão ao tratamento. Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica de pacientes com HAS assistidos pela equipe de saúde da família na UBS Luis Vieira Timóteo de Campo Alegre/AL. O primeiro passo foi levantar os principais problemas vivenciados pela população, utilizando o diagnóstico Situacional como ferramenta para viabilizar essa etapa do processo. As informações do diagnóstico situacional foram obtidas por meio do método de Estimativa Rápida, no qual foi possível detectar os principais problemas de saúde e as formas de atuação sobre eles, identificar os atores envolvidos, a viabilidade política, os recursos necessários e os meios a serem utilizados para que o objetivo pudesse ser alcançado. Para embasar toda construção do projeto foi elaborada uma revisão narrativa da literatura cujas fontes foram: documentos do Ministério da saúde publicados em sites oficiais, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e sites da OMS e IBGE. Foram utilizados como descritores: hipertensão arterial, fatores de riscos, saúde da família e atenção primária à saúde. O recorte temporal dos artigos selecionados foi entre os anos de 2005 e 2016. Foram propostas intervenções que possam impactar na redução da incidência da HAS, além de minimizar os possíveis fatores de riscos implicados na piora da evolução da HAS. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Concluiu-se que a maioria dos pacientes assistidos pela equipe da área de abrangência da UBS Luiz Vieira Timóteo tem hábitos alimentícios inadequados, e que alguns moram sozinhos, favorecendo o não cumprimento do tratamento conforme proposto. Neste sentido, ficou evidenciada a necessidade urgente de intervenção no atendimento dos pacientes hipertensos para que haja de fato um controle da situação da hipertensão arterial sistêmica na área assistida pela equipe.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Fatores de Risco. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) is a common disease worldwide and affects young adults and elderly people of both sexes, all races and all social standard; It is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP). It is often associated with functional and / or structural changes in target organs (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic disorders, with consequent increased risk of fatal cardiovascular events and nonfatal; risk factors such as obesity, physical inactivity, inadequate food habits, low levels of education and illiteracy, cause increased and maintenance of cases of Hypertension, in addition to non-adherence to treatment. This study aimed to develop an action plan to increase adherence to treatment of hypertension in patients with SAH assisted by the family health team at UBS Luis Vieira Timothy Campo Alegre / AL. The first step was to identify the main problems experienced by the population using the Situational diagnosis as a tool to facilitate this process step. The information situational diagnosis was obtained through the Rapid Estimate method in which it was possible to detect the main health problems and the ways of acting on them, identify the stakeholders, the political feasibility, the necessary resources and means to be used for that purpose could be achieved. To support the entire construction of the project was developed a narrative review of the literature whose sources were: Ministry of Health of the documents published on official, periodicals sites indexed in the Virtual Health Library (VHL), the Scientific Electronic Library Online database (SciELO) and sites of WHO and IBGE. Were used as descriptors: blood pressure, risk factors, family health and primary care to health. The time frame of the selected articles was between the years 2005 and 2016. Were proposed interventions that may impact in reducing the incidence of hypertension, and minimize the possible risk factors involved in worsening the evolution of SAH. For the development of the Intervention Plan we used the Strategic Planning Method Situational (PES). It was concluded that most patients assisted by the staff of the coverage area of UBS Luis Vieira Timothy has inadequate food habits, and some live alone, favoring the non-compliance with treatment as proposed. In this sense, it was evident the urgent need to intervene in the care of hypertensive patients so that there is indeed a control of hypertension situation in the area assisted by staff.

Key words: Arterial Hypertension. Risk Factors. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS-Centro de Atenção Psicossocial

DM- Diabetes Mellitus

DCVs- Doenças Cardiovasculares

DCNT- Doenças Crônicas não transmissíveis

DRC- Doença Renal Crônica

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HA- Hipertensão Arterial

HR- Hipertensão renovascular

INSS- Instituto Nacional de Seguro Social

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD- Pressão Arterial Diastólica

PAS- Pressão Arterial Sistólica

PES- Programa Estratégia da Saúde

PSN- Pesquisa Nacional em Saúde

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SIAB- Sistema Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade Saúde da Família

VIGITEL- Vigilância de Fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por
Inquérito telefônico



LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação da Pressão arterial segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial em 2010	21
Quadro 2 - Classificação dos principais problemas identificados na área de abrangência da ESF Luiz Vieira Timoteo, segundo nível de importância e prioridade, Campo Alegre, 2016.	25
Quadro 3- Operações sobre o nó crítico “Déficit de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial sistêmica” relacionado ao problema de alta prevalência de HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timoteo, do município Campo Alegre, estado de Alagoas	27
Quadro 4- Operações sobre o nó crítico “Hábito e estilo de vida inadequado” relacionado ao problema de alta prevalência de HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timoteo, do município Campo Alegre, estado de Alagoas.	29
Quadro 5- Operações sobre o nó crítico “Processo de trabalho inadequado da equipe de Saúde” relacionado ao problema de alta prevalência de HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timoteo, do município Campo Alegre, estado de Alagoas.	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivo Específico.....	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
5.1 Dados epidemiológicos e atuais de HAS.....	19
5.2 Conceitos e valores de referência da pressão arterial.....	20
5.3 As complicações oriundas do não acompanhamento do pacientes com hipertensão.....	22
5.4 As funções dos profissionais da Atenção primária noacompanhamento desses pacientes.....	23
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Identificação dos problemas.....	25
6.2 Priorização dos Problemas.....	25
6.3 Descrição/ explicação do Problema.....	26
6.4 Identificação dos “nós críticos”	26
6.5 Planos de ação propriamente ditos.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

O Município de Campo Alegre pertence à mesorregião do leste alagoano na microrregião de São Miguel dos Campos. Localiza-se a 81.40 km de Maceió, capital do estado e a 30 km de Arapiraca, segunda cidade mais importante do Estado. Faz limites com os municípios de Anadia, BocaNamuta, limoeiro de Añadía, São Miguel dos Campos, Junqueiro, Teotônio Vilela, Jequia da Praia, Cururipe e Taquarana.

A população total do município é 57.008.habitantes, sendo a faixa etária de 30 a 49 anos de 16.163 habitantes(IBGE, 2016).

A principal fonte de economia é monocultura da cana-de-açúcar, sendo que as plantações ocupam 65 % do terreno de Campo Alegre. Além disso, a população vive também do comércio e da produção de leite, ovos de galinhas, criação de frangos e bovinos.

Embora seja uma região carente, o saneamento básico é considerado adequado, com coleta de lixo, água tratada pelos órgãos competentes e instalação sanitária na maioria das residências. No quesito educação, a população analfabeta entre maiores de 15 anos é de 9.402 e o porcentagem é 37,1% (IBGE) .O município conta com catorze escolas, sete creches, várias igrejas, um ginásio poliesportivo, e comércio atuante.Possui sistema deluz elétrica em toda região e também serviços de telefonia, correios e bancos.

No que diz respeito à saúde, o município conta com quinze Unidades Básicas de Saúde, sendo que 12 delas têm uma equipe de estratégia de saúde da família e três possuem duas equipes. A Unidade Básica de Saúde da qual faço parte, Luiz Vieira Timotéo, possui apenas uma só equipe. Além disso, conta com um Centro de Atenção Especial (CAPS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Hospital de pequeno porte que atende somente emergencias e atendimentos eletivos da especialidade de obstetrícia.Salienta-se que cerca de 96% da população do município é completamente dependente do SUS. A referência para a média e alta complexidade são as cidades de Maceió, Arapiraca e São Miguel. Quanto ao sistema de referência e contra referência, ainda encontra-se descoberto nessa nova gestão.

A região correspondente a área de abrangência da minha equipe, a Equipe de Saúde da Família/ UBS Luis Vieira Timóteo, tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas. A UBS foi implantada no ano de 2000 e há quatro anos está instalada em uma sede própria, funciona de segunda a sexta de 7às 16 horas.

A referida unidade básica de saúde está localizada na entrada do Municipio, no sudeste da cidade e conta com uma equipe básica de saúde composta pelos seguintes profissionais de

saúde: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um dentista, um técnico em saúde bucal, uma técnica em farmácia, um recepcionista, um trabalhador auxiliar em serviço geral e uma diretora.

Possui espaço físico adequado com recepção e cadeiras suficientes para a demanda do público assistido. São 10 salas para diferentes propósitos, quais sejam: para pré-consulta, para consulta médica, para consulta de enfermagem, consulta de dentista, vacinação, almoxarifado, farmácia, sala dos agentes de saúde e salas para curativo e esterilização.

No que diz respeito à situação de controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) no município de Campo Alegre, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no final de 2013 registrou-se um número de 2165 adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Desses, 197 para um total de 24,3 % da população maior de 15 anos estão cadastrados na unidade Básica de Saúde Luíz Vieira Timóteo.

A HAS é a doença cardiovascular mais frequente que afeta mais ou menos 20% da população adulta em muitos países. Está associada à doença coronariana, acidente vascular cerebral, disfunção renal e insuficiência cardíaca congestiva, e é um dos fatores de risco mais importantes para a mortalidade cardiovascular, responsável por 20-50% de todas as mortes. A HAS na maioria das vezes cursa assintomática, é conhecida como "assassina silenciosa" (CORDIES, 2010).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) nas cidades brasileiras, nos últimos vinte anos, foi identificada uma prevalência de HAS acima de 30%, sendo que mais de 50% da população estudada tinha entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Quanto ao gênero, registrou-se nessa mesma população, a prevalência de 35.8% em homens e de 30% em mulheres, semelhantes à outros Países. Ainda no Brasil, 14 estudos populacionais realizadas nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos com PA<140/90mmHg revelaram baixos níveis de controle da Pressão arterial (PA), com uma porcentagem em torno de 19.6%. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Comecei a trabalhar no município de Campo Alegre em Julho de 2015, e pude perceber no trabalho diário que a população atendida na área de abrangência da minha equipe de saúde é muito carente e precisa de atenção médica e multidisciplinar de forma constante, em especial, a assistência preventiva. Depois de realizar consultas referentes ao programa Hipertensão, fazer levantamentos dos registros da UBS e de discutir os dados com a equipe de saúde, identificamos que a doença mais frequente e que afeta a população assistida naquela

área de abrangência é HAS. Além disso, como fator agravante foi identificado também um alto índice de não adesão ao tratamento medicamentoso proposto. Há uma resistência em seguir o tratamento medicamentoso, mesmo frente às frequentes orientações dadas no sentido de controle da doença, como por exemplo: necessidade de mudança de hábito alimentar para rotina de uma alimentação saudável, explicação sobre os benefícios da realização de atividades físicas regularmente, além, é claro, do impacto benéfico no estado geral de saúde advindo do rigor à adesão ao tratamento medicamentoso para controle da HAS.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois além de ser muito frequente, 10 a 20% da população adulta é portadora dessa doença. Ainda é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio(PORTO,2005).

A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2013, a porcentagem de alagoanos afetados pela hipertensão já era de 19%, contribuindo para o total de 31 milhões entre os brasileiros (21% da população do país), de acordo com dados da Pesquisa Nacional em Saúde (PSN), do IBGE 2013. Segundo os dados do SIAB o município Campo Alegre tinha cadastrado no final de 2013, 2165 adultos portadores de HAS e um caso menor de catorze anos. (CAMPO ALEGRE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2013).

Controlar a HAS é um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro e para a atenção primária de saúde. Na Unidade Básica de Saúde Luíz Vieira Timóteo, este é um dos maiores problemas de saúde que atualmente demanda atenção e um melhor trabalho por parte da equipe de saúde. Muitas ações podem ser feitas no âmbito da atenção primária de saúde a fim de diminuir a morbimortalidade relacionada à HAS.

Na área de abrangência assistida por nossa equipe de saúde registra-se uma população maior de 15 anos de 809 usuários, dos quais 197 (24,3%) são hipertensos, muitos deles com registro de não adesão ao tratamento (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA CAMPO ALEGRE, 2016).

Todo o contexto acima disposto justifica a realização de um plano de intervenção no controle da HAS na área de abrangência assistida pela equipe de Saúde da UBS Luis Vieira Timóteo. Há uma necessidade iminente de se fazer uma agenda de atividades educativas para melhorar a organização e favorecer a aquisição de conhecimento, por parte da população, sobre a doença em questão. É essencial que a equipe de saúde demonstre aos pacientes e familiares como a mudança de estilo de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com HAS podem modificar e controlar a doença, evitando complicações que acarretam elevado custo econômico para as famílias e a sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica de pacientes com HAS assistidos pela equipe de saúde da família na UBS Luíz Vieira Timóteo de Campo Alegre/AL.

3.2 Objetivo Específico

Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença e à terapêutica.



4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção foi baseada no método de planejamento estratégico situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Luiz Vieira Timoteo, o primeiro passo foi levantar os principais problemas vivenciados pela população utilizando o diagnóstico situacional como ferramenta para viabilizar essa etapa do processo. As informações que compunham o diagnóstico situacional foram obtidas por meio do método de Estimativa Rápida, no qual através de dados das consultas diárias, visitas domiciliares, entrevistas com pacientes hipertensos e observação ativa foi possível detectar os principais problemas de saúde. Após avaliação do diagnóstico situacional, identificou-se que a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica da área (24,3%), a não adesão ao tratamento medicamentoso e o não acompanhamento regular desses pacientes eram situações prioritárias e que mereciam atenção imediata com a implementação de um plano de intervenção que favorecesse o controle da hipertensão arterial na área assistida pela nossa equipe de saúde da família .

A fim de embasar o trabalho a partir de uma revisão de literatura narrativa, realizou-se busca de material em documentos do Ministério da saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e sites da OMS e IBGE. Para a referida busca utilizou-se os seguintes descritores: hipertensão arterial, fatores de risco, Saúde da família e atenção primária à saúde.

Finalmente, após toda coleta de dados, diagnóstico situacional, levantamento de principais problemas e eleição do problema prioritário, propôs-se o plano de intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Dados epidemiológicos e atuais de HAS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença comum em todo o mundo e acomete jovens, adultos e idosos, pessoas de ambos os sexos, de todas as raças e de qualquer padrão social. É consenso na literatura que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é atualmente uma das mais graves doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), presente em praticamente todos os estratos sócio econômicos no mundo (OLIVEIRA, 2011).

Tacon, Santos e Castro (2010) associam a situação socioeconômica como um fator importante na incidência de doenças, seja pelas más condições de nutrição, habitação e saneamento a que estão submetidos durante o processo de desenvolvimento, seja pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Conforme estudos Americanos, a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos sendo que entre os negros a prevalência é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos, a prevalência é próxima a 10% (20% para a raça negra), até os 50 anos chega a 20% (40% para a raça negra), após 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos (MANO, 2009).

No Brasil 10 a 15% da população é hipertensa, sendo que a maioria das pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão. Desses indivíduos 95%, têm hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa definida) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem descrita. O achado de HAS é elevado nos obesos 20 a 40%, diabéticos 30 a 60%, negros 20 a 30% e idosos 30 a 50%. Nos idosos, quase sempre a hipertensão é só sistólica ou máxima (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, p. 206, 2013).

Em 2009, Constanzi e colaboradores registraram 30% de indivíduos adultos no Brasil com HAS. Constituindo-se entre o grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais fatores que mais ocasionam mortes. Estes autores relataram ainda que estudos têm apresentado indícios de que a hipertensão arterial sistêmica no adulto é uma patologia que pode se iniciar durante a infância (COSTANZI, *et al.*, 2009).

Inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS por faixa etária: em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que

atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011).

Ainda segundo Nascente e colaboradores (2010) estudos epidemiológicos identificaram a associação positiva da hipertensão arterial às características sócio demográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle e é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis além de ser um dos mais importantes problemas de saúde pública a atualidade. 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

5.2 Conceitos e valores de referência da pressão arterial

A HAS é definida como Pressão Arterial Sistólica (PAS) de 140 mm Hg ou mais (sendo considerada como o primeiro som auscultado), ou pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg ou mais (quando ocorre o desaparecimento dos sons auscultados). Esta definição aplica-se a adultos e idosos. A hipertensão é uma das doenças mais estudadas no mundo, não em vão tem sido chamada de "assassino silencioso", pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença que muitas vezes só é diagnosticada quando o paciente já teve algum órgão alvo afetado (CORDIES, 2010).

Existem dois tipos de HAS: a primária, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a secundária, na qual é possível identificar uma causa para a hipertensão, por exemplo, tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária (DALLACOSTA, 2010).

Segundo as diretrizes brasileiras de hipertensão, a HAS também pode ser definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de

pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além disso, a HAS não controlada é risco para aparecimento de Insuficiência Coronariana, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Renal Crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como *diabetes mellitus*, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os fatores de risco são considerados não modificáveis como: a idade, sexo, raça /cor e história familiar. E aqueles que são considerados modificáveis como: sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos com excesso de sal, gordura animal, ingestão diária acima de 100 ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo (CAETANO, MOREIRA, SANTOS, 2011). A HAS é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular. Primeiro, por apresentar alta prevalência, segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores (BRASIL, 2011).

O documento intitulado “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” (2010) elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde apresenta a seguinte classificação da pressão arterial.

Quadro 1: Classificação da Pressão arterial segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial em 2010

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótimo	<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	>140	90

Fonte: Sociedade brasileira de Cardiologia, 2010

5.3 As complicações oriundas do não acompanhamento do pacientes com HAS

A HAS é a doença crônica degenerativa mais comum e com maior chance de desenvolver complicações, como Acidente Vascular Cerebral, Infarto do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca (BRASIL, 2011).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde (2013) a elevação abrupta da pressão arterial poderá ocasionar, em território cerebral, a perda da autorregulação do fluxo sanguíneo e evidências de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema. Habitualmente, essas complicações apresentam-se com a pressão arterial muito elevada em pacientes com HAS crônica ou menos elevada em pacientes com doença aguda, como em eclampsia, glomerulonefrite aguda, e em uso de drogas ilícitas, como cocaína. Podem estar associadas à acidente vascular encefálico, ao edema agudo dos pulmões, às síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e à dissecação aguda da aorta.

Segundo Mano (2009), a hipertensão é um importante fator de risco para a doença cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular. A mortalidade por doença cerebrovascular, especificamente a hemorragia intraparenquimatosa, é diretamente relacionada com os níveis tensionais.

A hipertensão renovascular (HR) definida como HAS decorrente de uma isquemia renal, geralmente é causada por uma lesão obstrutiva parcial ou completa de uma ou ambas as artérias renais. Sua prevalência atinge 5% dos pacientes com HAS. A associação entre HAS e Doença Renal Crônica (DRC) é bem conhecida, tendo em vista que a doença renal é de longe a maior causa de HAS secundária. Sua prevalência é bastante elevada em pacientes com doença renal, situando-se entre 60%-100%, de acordo com o tipo de população estudada. ((SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) .

Segundo Meireles et al (2013), o controle da PA se associa com a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, independente da classe medicamentosa usada. Para o sucesso do tratamento e a adesão adequada do paciente ao tratamento a relação médico/paciente deve ser a base de sustentação, adicionada à abordagem multidisciplinar, que também auxilia no aumento do controle da HAS.

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares (DCVs) têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%,

respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011).

5.4 As funções dos profissionais da Atenção primária no acompanhamento desses pacientes.

A portaria nº 16/GM de 03 de janeiro de 2002, normatizou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação do programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Os objetivos do Plano foram desmembrados em quatro etapas previstas para implantação dessa grande estratégia: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HAS e ao DM; campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde. Cabe a União, Estados e Municípios a operacionalização do plano (GALINDO, 2010).

Dentro das iniciativas do Plano, o Ministério da Saúde elaborou o HIPERDIA, que é um sistema de informação que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Tem como principais objetivos permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e DM e gerar informações de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Além disso, é uma ferramenta útil que gera informações para os gestores de saúde e Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (CASTRO; *et al.*, 2010).

Para a realização do cadastro no programa HIPERDIA se faz necessário o preenchimento de um formulário, que é a ficha de cadastro contendo diversos dados. O paciente cadastrado é acompanhado mensalmente pelo profissional que preencherá outro formulário, a ficha de acompanhamento, todas as vezes que ele retornar para consulta. É por meio desses instrumentos que serão alimentadas as informações do programa. Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência compreendam a importância do

preenchimento dessas fichas, pois elas se tornam peças chave para a obtenção de dados fidedignos, no final do processo (CASTRO; *et al.*, 2010). Diante do que é proposto pelo HIPERDIA pretende-se identificar a cobertura e observar o que preconizam as portarias que o regem. A relevância desse programa implica em subsidiar o planejamento de ações da atenção básica voltadas ao controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, visto que a prevalência dessas doenças tem se mostrado crescente no Brasil (CASTRO; *et al.*, 2010).

Na estruturação do HIPERDIA, cabe à atenção primária realizar ações de promoção à saúde, identificar subpopulações de risco para desenvolvimento das comorbidades realizar diagnóstico, busca ativa dos casos, e cadastro dos usuários portadores de HAS e DM. Também compete a APS estratificar o risco, tratar e acompanhar os casos diagnosticados, prevenir e diagnosticar complicações encaminhar à atenção secundária quando necessário, elaborar plano de cuidados e realizar primeiro atendimento de urgência e encaminhamento se necessário (MARQUES, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

A construção do diagnóstico situacional permitiu identificar vários problemas na assistência à saúde que poderiam ser melhorados com uma intervenção eficiente da equipe responsável. Entre os vários problemas identificados a equipe destacou:

- ✓ Alta prevalência da hipertensão arterial(24,3%) associada a uma adesão inadequada por parte dos pacientes ao tratamento medicamentoso e às orientações para controle da doença. Essa situação tem como consequência o descontrole dos níveis pressóricos da população assistida e o risco aumentado para complicações.
- ✓ Alta prevalência de pacientes diabéticos com tratamento irregular que favorece o surgimento das complicações.
- ✓ Alta prevalência de doenças mentais com uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.
- ✓ Alto índice de desemprego.
- ✓ Baixo nível de cultura higiênico sanitário.

6.2 Priorização dos Problemas

A partir dos resultados do diagnóstico situacional e das discussões realizadas com a equipe de saúde da Unidade Saúde da Família, foi possível priorizar problemas conforme quadro descrito abaixo:

Quadro 2 - Classificação dos principais problemas identificados na área de abrangência da ESFLuiz Vieira Timoteo, segundo nível de importância e prioridade, Campo Alegre, 2016.

Principais Problemas	Importância	Capacidade de Enfrentamento	Prioridade
Alta prevalência de Hipertensão Arterial	Alta	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	Parcial	2
Alta prevalência de doenças mentais	Alta	Parcial	2
Baixo nível de cultural higiênico sanitária.	Alta	Parcial	3
Alto índice de desemprego	Alta	Fora de alcance da	4

		equipe	
--	--	--------	--

Fonte: Autoria Própria (2016).

6.3 Descrição/explicação do Problema

O tema escolhido pela equipe para ser abordado foi a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população (24,3%) e a falta de controle da doença que pode ser observada durante as consultas na UBS e nas visitas domiciliares. Ao que parece a falta de adesão ao tratamento prescrito é motivada por dificuldades na compreensão da importância do rigoroso cumprimento deste. Além disso, constatou-se também um baixo nível educacional da população dos pacientes com HAS que na sua maioria não é alfabetizada e mora sozinho.

No UBS Luiz Vieira Timóteo, onde estou inserida na equipe de saúde, o atendimento a hipertensos é o mais frequente procedimento realizado diariamente. Temos um total de 197 (24,3%) hipertensos da população adulta assistida pela minha equipe de Saúde. Os baixos recursos socioeconômicos, baixo nível educacional, elevado número de famílias disfuncionais pelo consumo excessivo de álcool, desemprego, ausência de medicamento nos postos e maus hábitos alimentares potencializam os números elevados de HAS nessa área de abrangência.

6.4 Identificação dos “nós críticos”

Nossa equipe definiu como nós críticos fundamentais para o controle do problema, o elevado índice de prevalência de hipertensão arterial sistêmica:

- ✓ Déficit de conhecimento da população dos fatores de risco da hipertensão arterial.
- ✓ Hábito e estilo de vida inadequado
- ✓ Processo de trabalho inadequado da equipe de Saúde

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Alta prevalência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timóteo, do município Campo Alegre, estado de Alagoas, estão descritos nos quadros abaixo

6.5 Planos de ação propriamente ditos

Quadro 3- Operações sobre o nó crítico “Déficit de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial sistêmica” relacionado ao problema de alta prevalência de HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timoteo, do município Campo Alegre, estado de Alagoas

Nó crítico 1	Déficit de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial sistêmica
Projeto	Atividades de educação em saúde com as famílias: Palestras a grupos de riscos e pacientes hipertensos ; hipertensos ; Campanha educativa na rádio comunitária e ainda implementar o programa saúde na escola.
Resultados esperados	Espera-se população mais informada sobre os riscos de adoecimento pela HAS bem como sobre os riscos da não adesão ao tratamento proposto; espera-se aumento da adesão dos pacientes com HAS às orientações e aos tratamentos propostos.
Produtos esperados	Famílias e pacientes com HAS conscientes e comprometidos com o conhecimento sobre os riscos de adoecimento pela HAS e os riscos da não adesão ao tratamento proposto, e ainda espera-se o controle da HAS na área de abrangência assistida pela da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timoteo
Atores sociais/ responsabilidades	Famílias e pacientes com HAS, ESF e coordenação de atenção básica.
Recursos necessários	-Cognitivo: Informação sobre HAS - Político: Articulação intersetorial. - Financeiro: Local, recurso audiovisual, folhetos, custeio com a rádio. - Organizar agenda de atividades educativas.
Recursos críticos	-Político: Articulação intersetorial. - Financeiro: Local, recurso audiovisual e custeio com a rádio.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social, coordenação de atenção básica e Equipe da Estratégia da saúde da Família Luiz Vieira Timóteo. Motivação: favoráveis
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto a todas as instâncias envolvidas com a execução do projeto e manter articulação entre as partes
Responsáveis:	Equipe de USF Luiz Vieira Timóteo
Cronograma / Prazo	O início das atividades ocorrerá após reunião com equipe e reflexão de como se pretende atualizar os

		conhecimentos população sobre HAS. Não há data programada para término uma vez que se pretende estabelecer a educação continuada com a população local
Gestão acompanhamento	e	Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho e reflexões sobre os resultados efetivos de aprimoramento de conhecimentos básicos da população sobre a hipertensão arterial.

Quadro 4- Operações sobre o nó crítico “Hábito e estilo de vida inadequado” relacionado ao problema de alta prevalência de HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timoteo, do município Campo Alegre, estado de Alagoas.

Projeto	Hábito e estilo de vida inadequado
Resultados esperados	Melhoria do índice de massa corpórea (IMC) dos pacientes com HAS e obesos, melhoria nos índices de sedentarismo e melhoria da alimentação da população assistida.
Produtos esperados	Introdução de atividades físicas regulares; eliminação/diminuição do consumo de produtos sabidamente calóricos e ricos em sal; pacientes com HAS com peso mais controlado.
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, coordenação de atenção básica e setor de comunicação social Secretária de Saúde.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: Informação sobre HAS, Atividades Físicas, nutrição. - Político: Articulação intersetorial. - Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos. - Organizacional: Organização da agenda e exercícios, organização da agenda de reuniões com os pacientes HAS para orientações sobre nutrição.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Político: Articulação intersetorial. - Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Setor de comunicação social, coordenação de atenção básica e Equipe da Estratégia da saúde da Família Luiz Vieira Timóteo.</p> <p>Motivação: Favoráveis</p>
Ação estratégica de motivação	Promover Educação e Saúde através do grupo operativo de Hipertensos, Atividades físicas ao ar livre, socialização de receitas saudáveis.
Responsáveis:	Coordenação de atenção básica juntamente com a USF Luiz Vieira Timóteo
Cronograma / Prazo	O início das atividades ocorrerá após reunião com equipe e reflexão de como se pretende organizar as atividades físicas e as orientações de nutrição. Não há data programada para término uma vez que se pretende estabelecer rotina regular de Atividades Físicas.
Gestão e acompanhamento	Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho e reflexões sobre os resultados efetivos de melhoria de hábitos de alimentação saudável, controle de peso.

Quadro 5- Operações sobre o nó crítico “Processo de trabalho inadequado da equipe de Saúde” relacionado ao problema de alta prevalência de HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Luiz Vieira Timoteo, do município Campo Alegre, estado de Alagoas.

Projeto	Processo de trabalho inadequado da equipe de Saúde
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar ao grupo de hipertensos os pacientes com risco de HAS. - Aferir pressão de 100% dos pacientes com riscos. - Aumentar o conhecimento sobre os riscos e as complicações de HAS. - Realizar busca ativa dos pacientes com HAS cadastrados e ausentes em mais de uma consulta
Produtos esperados	Aumentar o trabalho de prevenção e promoção com os pacientes com HAS e com riscos de HAS:
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, Coordenação de atenção básica.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: Informação sobre a importância do controle HAS. - Financeiro: Local, recursos audiovisuais, folhetos. - Organizacional: Elaborar a agenda de consultas de pacientes com HAS, fazer levantamento dos pacientes ausentes em mais de uma consulta agendada.
Recursos críticos	- Organizacional: Elaborar a agenda de consultas de pacientes com HAS
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretária Municipal de Saúde Motivação: favoráveis
Ação estratégica de motivação	Plano de Cuidado da Prevenção para portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica
Responsáveis:	Coordenação de atenção básica juntamente com a ESFLuiz Vieira Timóteo
Cronograma / Prazo	Início em três meses e finalização em doze meses
Gestão e acompanhamento	Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho da equipe relacionadas a atividades desenvolvidas com pacientes com HAS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse projeto permitiu observar a realidade da área de abrangência da UBS Luiz Vieira Timóteo com relação às condições que envolvem o controle da hipertensão arterial sistêmica na área assistida pela equipe. Constatou-se que a maioria de nossos pacientes tem hábitos alimentícios inadequados, e que alguns moram sozinhos, favorecendo ao não cumprimento do tratamento conforme proposto.

A estratégia de intervenção proposta é fundamental na obtenção de melhoria de qualidade de vida da população, na adesão ao tratamento pelos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, no controle da doença, diminuindo assim o surgimento de complicações e mortalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, SECRETARIA DE SAÚDE. Manual de Orientação Clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS) / Aparecida TerukoTominaga Yamada/ Carmen Lavras e Maris Salette Demuner (orhs). São Paulo:SES/SP, 2011.Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf Acesso em: 10 de julho 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011:vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://busm.saude.gov.br>. Acesso em: 17julho. 2016

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Ministério da Saúde.Cadernos de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos n. 37, Série A. p 75, Brasília, 2013.Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdfAcessado em: 17 de junho 2016

CASTRO, Natércia Gomes de, et al. Hipertensão: Conhecimento da Cobertura do Programa no Maranhão, São Luís: Cad. Pesq, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/249>. Acesso em: 12 de junho, 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A.Planejamento e avaliação das ações em saúde.2 ed. Belo Horizonte: Nixon/UFMG, 2010.

CAMPO ALEGRE, ALAGOAS. HIPERTENSÃO ARTERIAL. Veja numero de hipertensos por cidades do brasil. Campo Alegre, Alagoas,2013. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=campo-alegre/AL-Confira-os-numeros-da-hipertensao-arterial-no-seu-municipio> . Acesso em 18 julho 2016

CAETANO JA, MOREIRA FGA, SANTOS ZMSA. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde. Rev. Ciência &Saúde Coletiva.v.16,n.11,p.4385_4394,2011.Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010ahead/aop10910.pdf>Acesso: 12 de Julho de 2016.

CORDIES, J. L. *et al.* Hipertensión Arterial: Definiciones y clasificaciones. Ciudad de la Habana; Ed Ciencias, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

COSNTANZI, C.B., *et al.* Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do Sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Pediatria*, v.85, n.4, p.535-40, 2009. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572009000400011&script=sci_arttext Acesso: 22 de maio 2016.

DALLACOSTA, F. M; , *et al.* Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. *Unoesc & Ciência– ACBS, Joaçaba*, v. 1, n. 1, p. 45-52, jan./jun. 2010. Disponível em:<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/125/pdf_3>. Acesso: 21 maio 2016.

GALINDO, A.J.A. Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (Hiperdia) no município de Arcoverde – Pernambuco. Dissertação (mestrado profissional em saúde pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010galindo-aja.pdf>>. Acesso em: 12 junho, 2016.

IBGE. Alagoas. Campo Alegre, 2016 Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270140&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 22 junho. 2016.

MANO, Reinaldo. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2009. Disponível em:<<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag1.shtml>>. Acesso em: 22 maio. 2016.

MARQUES, A. J. S. Resolução SES Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, Dez. 2010, 10p. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf> Acesso: 12 de julho de 2016.

MEIRELES, A. L. *et al.* Atenção à saúde do adulto -Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo), Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21-97. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 12 de junho 2016

MENDES. E .V. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. “In”: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 61-208 Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf> Acesso em: 15 de junho 2016

NASCENTE, F.M.N., *et al.* Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf> Acesso: 22 de maio de 2016.

OLIVEIRA, E.D.S. Estado nutricional de hipertensos de uma estratégia de saúde da família do interior de Pernambuco, Brasil. Caruaru, FAVIP, 2011. 30 f.: il. Disponível em: <repositoriofavip.edu.br:8080/bitstream/123456789/.../TCC+ESMERAN.pdf>. Acesso em: 16 julho, 2016

PORTO, Celmo Celso. Semiologia médica. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POPULAÇÃO MUNICIPAL DE PESSOAS NÃO ANALFABETIZADA COM 15 ANOS OU MAIS DE IDADE. IBGE. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/ibge15mun.pdf>>. Acesso em: 16 julho, 2016

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Hipertensão Arterial: o desafio da adesão ao tratamento. V.56,n.12,p.193-206, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de Campo Alegre 2016

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: ArqBrasCardiol, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: 21 de maio, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretriz em cardiogeriatría de Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo: ArqBrasCardiol, v.95, n. 3, supl. 2, p. 1-112, 2010 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400013 Acessado em 17 julho 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun, 2011.

TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. Revista Brasileira de Clínica Médica, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/16791010/2010/v8n6/a1612> Acesso: 11 de julho de 2016
