

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

ROGERIO REGIS LOBATO

**AÇÕES DIRECIONADAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSOS NO PSF DONA ANTÔNIA IZÍDIA EM LAGAMAR-MG**

Uberaba-MG
2016

ROGERIO REGIS LOBATO

**AÇÕES DIRECIONADAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSOS NO PSF DONA ANTÔNIA IZÍDIA EM LAGAMAR-MG**

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

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

Uberaba-MG
2016

ROGERIO REGIS LOBATO

**AÇÕES DIRECIONADAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSOS NO PSF DONA ANTÔNIA IZÍDIA EM LAGAMAR-MG**

Banca Examinadora

Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – Orientador

Examinador Profa. Dra Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte: __/__/16

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública e atinge uma grande parte da população adulta no Brasil. A partir do diagnóstico são necessárias mudanças significativas nos hábitos dos indivíduos e também na abordagem dos profissionais de saúde. Sua prevalência 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). Na Equipe de Saúde da Família Dona Antônia Izídia pertencente ao município de Lagamar, localizado no Noroeste do estado de Minas Gerais, a hipertensão se tornou o principal foco, onde são atendidas aproximadamente 2598 habitantes (1987 adultos), com total de 466 hipertensos cadastrados (17,93% da população total e 23,45% da população adulta) e tem como forte característica o grande número de idosos, dados de março de 2015. Levando-se em consideração que a maioria desta população é formada por pacientes com idade avançada e ainda com IMC acima do valor considerado aceitável, acredita-se que o número não condiz com a realidade. Por isso se faz necessária a intensificação do trabalho de identificação dos hipertensos, tratamento e controle. O objetivo deste trabalho é elaborar plano de intervenção para melhorar o controle e para aumentar a adesão ao tratamento das pessoas com hipertensão arterial. O presente trabalho foi desenvolvido através da Metodologia do Planejamento Estratégico, onde a partir de um problema, foi feita identificação dos nós críticos. Como a Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal problema de saúde do PSF Dona Antônia Izídia, será necessário um grande empenho da equipe de saúde e gestão para resolvermos o quadro do grande número de pacientes descompensados e o quadro de subdiagnóstico, a fim de possuir um controle adequado da doença, com modificação de estilo de vida e melhor adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia Saúde da Família, Serviços de Saúde, Educação em Saúde

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a serious public health problem and affects a large part of the adult population in Brazil. From the diagnosis, significant changes are necessary in the habits of the individuals and also in the approach of the health professionals. Its prevalence in Brazil varies between 22% and 44% for adults (32% on average), reaching more than 50% for individuals aged 60-69 years and 75% among individuals over 70 years of age. (BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2010). In the Family Health Team Dona Antônia Izídia, located in the municipality of Lagamar, located in the Northwest of the state of Minas Gerais, hypertension became the main focus, where approximately 2598 inhabitants (1987 adults) were attended, with a total of 466 registered hypertensives (17.93% of the total population and 23.45% of the adult population) and has as a strong characteristic the large number of elderly, data from March 2015. Taking into account that the majority of this population is formed by patients with old age And still with BMI above the value considered acceptable, it is believed that the number does not match the reality. Therefore, it is necessary to intensify the work of identification of hypertensive patients, treatment and control. The objective of this work is to elaborate an intervention plan to improve the control and increase adherence to the treatment of people with hypertension. The present work was developed through the Strategic Planning Methodology, where, from a problem, the critical nodes were identified. Since Systemic Hypertension is the main health problem of the PSF Dona Antônia Izídia, it will be necessary a great commitment of the health and management team to solve the picture of the large number of decompensated patients and the underdiagnosis, in order to have a control Adequate treatment, with lifestyle modification and better adherence to treatment.

Key words: Hypertension, Systemic Arterial Hypertension, Family Health Strategy, Health Services, Health Education

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	OBJETIVO.....	12
4	METODOLOGIA.....	13
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O município de Lagamar situa-se no Noroeste do Estado de Minas Gerais. Possui uma área de 1.425 km². Fica à 480 km da capital do estado, Belo Horizonte, interligados pela BR354 e distante de Brasília 410 km. De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, Lagamar tem uma população de 7.584 habitantes. O município é composto por um distrito - São Brás de Minas, dois povoados: Retiro da Roça e Cerrado; e uma agrovila: Boa Vista (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Na agricultura, os principais produtos cultivados são arroz e milho, com grande representatividade, seguidos da soja, feijão e maracujá, em menor escala; enquanto que a pecuária com o rebanho bovino e leiteiro e o gado de corte. Aliado à atividade da pecuária leiteira, tem-se a presença do Laticínio “Três Marias”, com uma variedade de produtos que são comercializados no estado de São Paulo (CRUZ; GOMES, 2015).

O comércio varejista é um importante setor da economia do Município, responsável por grande número de empregos (CRUZ; GOMES, 2015).

A indústria de mineração e extração da rocha fosfática, por meio da GALVANI, empresa do interior paulista, configura-se como uma das principais fontes de geração de renda e empregos diretos e indiretos do município; que também conta com a FOSFERTIL, que mesmo alocada no município de Patos de Minas, beneficia os munícipes com a geração de empregos. Outra Indústria tradicional e de presença marcante no Município é a de Calcário, já conhecida em toda região por sua qualidade (CRUZ; GOMES, 2015).

É preciso considerar o crescimento de investimento na área da saúde nos últimos anos de gestão. A cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) no município até 2006 era de 52%, compreendendo apenas a área urbana da cidade de Lagamar, e, em 2007 com a criação do PSF Rural, com sede em São Brás de Minas, esta cobertura subiu para 87%. Atualmente, a cobertura é de 100% do município pelas Equipes de Saúde da Família (CRUZ; GOMES, 2015).

O Município de Lagamar devido à localização estratégica, em relação aos centros macroeconômicos regionais e nacionais, oferece uma boa infraestrutura para o desenvolvimento e instalação de novas fontes de trabalho e renda.

Na agricultura os principais produtos cultivados são arroz e milho, com grande

representatividade, seguidos da soja, feijão e maracujá, em menor escala. A pecuária com o rebanho bovino e leiteiro e o gado de corte. Aliado a atividade da pecuária leiteira, temos a presença do Laticínio “Três Marias”, com uma variedade de produtos que são comercializados no estado de São Paulo.

O comércio varejista é um importante setor da economia do Município, responsável por grande número de empregos.

A indústria de mineração e extração da rocha fosfática, por meio da GALVANI, empresa do interior paulista, é, talvez hoje, uma das principais fontes de geração de renda e empregos diretos e indiretos de nosso município, também contamos com a FOSFERTIL, que mesmo alocada no município de Patos de Minas, beneficia os nossos munícipes com a geração de empregos.

Outra Indústria tradicional e de presença marcante no Município é a de Calcário, já conhecido em toda região por sua qualidade.

O Banco do Brasil mantém uma agência na Zona Urbana do Município, atendendo também a população em todos os serviços que oferece o sistema bancário, e para atendimento dos financiamentos agrícolas, industriais e do comércio, também o CREDIVAZ, que é uma cooperativa bancária, um Posto da Caixa Econômica Federal, na Casa Lotérica, e na Agência dos Correios, atendimento bancário do Bradesco.

A Secretaria Municipal de Saúde de Lagamar é um órgão subordinado ao gestor municipal, o qual tem sobre sua gestão 04 unidades de saúde, sendo uma Unidade Mista de Saúde com Radiodiagnóstico e um laboratório municipal de análises clínicas, e três unidades de Saúde da Família, departamento de Vigilância sanitária, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Farmácia de Minas, transporte sanitário, e os serviços de média e alta complexidade que não são oferecidos no município e que são referenciados para o Município de Patos de Minas. (CRUZ; GOMES, 2015).

O município conta ainda com serviços oferecidos gratuitamente ligados à saúde, porém, sem pertencer à gestão da mesma, são estes a UPAEL (União de Pais e Amigos dos Especiais de Lagamar), e o Projeto Agita Lagamar, São Brás e Retiro são municipais, que são ofertados aos nossos usuários e que são de grande benefício para a saúde. Tem ainda de natureza particular, serviços de fisioterapia, odontológicos, com cinco consultórios e um consultório de oftalmologia.

O município sofreu com uma grande instabilidade política no ano de 2015, graças a um processo de cassação do ex-prefeito Cássio de Wilde Marra, que culminou com seu afastamento em 25/08/2015, e assumindo o cargo o atual prefeito José Alves Filho.

O PSF Dona Antônia Izídia (com 1.320 famílias cadastradas e em torno de 4.600 pessoas) foi recentemente dividido em duas equipes: o PSF Dona Antônia Izídia e PSF Jair de Moraes. As equipes enfocam a parte preventiva, com visitas domiciliares, com sua área de abrangência apenas no perímetro urbano de Lagamar. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) situa-se dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) contendo uma psicóloga, uma nutricionista, um fisioterapeuta e uma educadora física.

Devido à recente reestruturação da área e criação de uma nova equipe, a ESF Antônia Izídia conta com uma área de cobertura de aproximadamente 2600 pessoas, divididas em cinco micro áreas. A equipe é formada por médico, enfermeira, técnica em enfermagem, estudante de enfermagem, agentes de saúde, técnica em análises clínicas, auxiliar de serviços gerais, fiscal de vigilância, recepcionista, auxiliar administrativo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e educadora física.

Através de reuniões de equipe, foi elaborada uma lista onde foram enumerados os problemas por ordem de prioridade, quanto à importância, capacidade de enfrentamento e urgência. Foi identificado como problema prioritário o excesso de usuários hipertensos descompensados cadastrados e o número de usuários com HAS abaixo do esperado conforme a literatura.

O PSF Dona Antônia Izídia apresenta um número aproximado de 2598 habitantes (1987 adultos), com total de 466 hipertensos cadastrados (17,93% da população total e 23,45% da população adulta) e tem como forte característica o grande número de idosos e de obesos, dados de março de 2015.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência 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).

Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31% (PICON et al., 2012), sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (PICON et al., 2013).

Foi feito levantamento numérico com base nas fichas preenchidas pelas Agentes Comunitárias de saúde (ACS), bem como em dados de prontuário dos usuários acometidos pela HAS. Estudo realizando Estratificação de Risco Cardiovascular com a aplicação do Escore de Framingham, o qual apresenta o percentual de risco de um evento cardiovascular em uma paciente nos próximos 10 anos, possibilita pela equipe traçar estratégias preventivas para redução. Além do subdiagnóstico de HAS na área, há um o grande número de pacientes descompensados constatados em reuniões de HIPERDIA, consultas da enfermagem e médicas, e triagens realizadas dentro da UBS.

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). A patologia é crônica, principalmente primária e acomete principalmente adultos, e tendo prevalência em aproximadamente metade dos idosos, sendo ligada a fatores genéticos e estilo de vida. Cada vez mais os habitantes estão sendo diagnosticados jovens. De forma geral, merece atenção especial já que é comprovadamente um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que por sua vez, estão relacionadas a um grande número de mortes e aposentadorias precoces. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, cessar tabagismo e evitar uso excessivo de álcool são medidas de promoção de saúde e prevenção contra HAS. Essa doença é assintomática e pode levar à morte quando não tratada. (BRASIL,2006).

2 JUSTIFICATIVA

São inúmeras as doenças que têm como principais fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a hipercolesterolemia, o tabagismo, a obesidade; os quais são passíveis de controle por meio de intervenções e adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis, o que também acarretaria diminuição das mortes por doenças cardiovasculares (DCV). Assim, na perspectiva da Atenção Primária, são consideradas essenciais medidas como orientação sobre a prática de atividade física, alimentação saudável, cessação do tabagismo, entre outros aspectos que contribuem para promoção da saúde da população.

De forma geral merece atenção especial já que é comprovadamente um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que por sua vez, estão relacionadas a um grande número de mortes e aposentadorias precoces.

Excluindo os fatores genéticos, pode-se inferir como a primeira causa para este problema na área investigada o elevado número de pacientes com idade avançada e ainda com IMC acima do valor considerado aceitável. Além disso, somam-se a estas circunstâncias causas genéricas como: hábitos alimentares inadequados, tabagismo, etilismo e sedentarismo.

Como complicador, estes pacientes não fazem o controle adequado da doença, mesmo com programas disponíveis para esclarecimento de dúvidas e metodologias aplicadas para facilitar o acesso aos medicamentos e ao tratamento em geral.

Além do número de pacientes chamar a atenção, com altos índices de possível subdiagnóstico, foi verificado um grande número de pacientes descompensados. O modelo de atendimento anterior era baseado em demanda espontânea, não abordando os princípios de SUS de abordagem integral do indivíduo, deixando dessa forma de lado também a prevenção e promoção de saúde.

A mudança dos hábitos alimentares que ocorreu não só nesta área em Lagamar, mas em toda população de um modo geral também pode ter contribuído para este quadro. Os cereais, as leguminosas, as raízes, os tubérculos, ou aqueles considerados ricos em fibras, foram aos poucos sendo substituídos nas refeições por alimentos ricos em gorduras e açúcares, fora o aumento do consumo de proteínas de origem animal. Associado a isso o homem está cada dia mais sedentário. As

atividades diárias mais diversas estão mais leves devido ao desenvolvimento das tecnologias, a facilidade de acesso aos meios de transporte impede até mesmo curtas caminhadas e as novas formas de diversão e entretenimento não incluem nenhum tipo de esforço físico. Para compensar seria necessário que se tirasse um tempo do dia para a realização de atividades físicas, o que na prática não acontece.

Os diagnósticos e comorbidades, com tratamentos propostos, não têm sido realizados de forma abrangente, associados a uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não mudança no estilo de vida (sedentarismo, erro alimentar, tabagismo, etilismo, obesidade). Muitos usuários nem retornam ao consultório após o diagnóstico, até porque na fase inicial da doença os pacientes se mostram saudáveis e assintomáticos, e devido a efeitos colaterais de algumas intervenções medicamentosas. Sabemos que até a relação médico-paciente e a relação com os outros profissionais que compõem a equipe responsável pelo tratamento podem dificultar o condicionamento do hipertenso ao tratamento.

Dentre as consequências de uma significativa parcela da população hipertensa, está a quantidade de complicações associadas à doença como o infarto, o AVC e a insuficiência renal. Além de impactar diretamente na qualidade de vida do paciente, esses problemas também geram um alto custo à economia do município.

Pelos dados analisados até aqui pode se concluir que a adesão dos pacientes ao tratamento é o ponto chave para a tentativa de melhor manejo e controle, visando a diminuição dos números de hipertensos na área da ESF Dona Antônia Izídia.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para potencializar a adesão de usuários hipertensos ao tratamento e identificar novos pacientes no PSF Dona Antônia Izídia na cidade de Lagamar, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a ser implementado no PSF Dona Antônia Izídia na cidade de Lagamar, Minas Gerais de março de 2015 a dezembro de 2015.

O público alvo será adulto com subdiagnóstico de hipertensão arterial ou descompensados, cadastrados no PSF Dona Antônia Izídia.

O presente trabalho foi desenvolvido através da Metodologia do Planejamento Estratégico, onde a partir de um problema, foi feita identificação dos nós críticos. Na sequência, com este projeto pretende-se identificar as operações para enfrentamento de cada nó crítico, identificar recursos necessários e recursos críticos, fazer análise de viabilidade e propor a gestão do Plano. (CAMPOS et al., 2010).

Para subsidiar a abordagem teórica e construção deste projeto, procedeu-se à revisão conceitual sobre HAS, considerando como palavras-chave definidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde: hipertensão, Estratégia Saúde da Família, terapêutica, adesão tratamento hipertensão; com seleção de publicações nas bases de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), arcabouços teóricos do Ministério da Saúde, tais como cadernos de atenção primária.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Um fator de risco significativamente relevante para desenvolvimento de doenças cardiovasculares é a hipertensão arterial sistêmica, a qual apresenta elevada prevalência na população adulta brasileira (BRASIL, 2012).

A manifestação da doença isquêmica do coração, dos acidentes vasculares cerebrais, das doenças vasculares renais e periféricas e a ocorrência da morte súbita, relacionam-se, na maioria das vezes, com a aterosclerose associada à hipertensão (BUSNELO et al., 2008; HAJJAR; KOTCHEN; KOTCHEN, 2007).

Corrêa *et al.* (2007) classificaram a hipertensão arterial segundo sua causa de base (primária e secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão arterial primária ou essencial se caracteriza por não possuir etiologia definida e representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária.

Aproximadamente 20 a 60% da variabilidade da pressão arterial é determinada geneticamente. No entanto, uma série de genes candidatos foram testados para associações com a pressão arterial e hipertensão sem resultados convincentes (BOUZEKRI et al., 2009).

Além dos fatores genéticos, o surgimento da hipertensão arterial está associado a outros numerosos fatores como idade, sexo, hábitos alimentares, obesidade, tabagismo, etilismo, atividade física, escolaridade, raça, ocupação no setor terciário da economia, migração, baixo nível sócio-econômico e doenças como nefropatias, endocrinopatias, coarctação da aorta e a certos medicamentos (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

O baixo consumo de alimentos ricos em fibras e o elevado consumo de açúcares e gorduras saturadas, compõem um dos principais fatores de risco para obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e outras doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT) (MARTINS et al., 2010).

O padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações expressivas, com aumento no consumo de proteínas de origem animal, e lipídios de origem animal e vegetal, e redução no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos, o que associado a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade

física tem contribuído para a elevação na prevalência da hipertensão e do diabetes (RIBEIRO et al., 2008).

Quanto à adiposidade, outro fator de risco para as DCV, observa-se que 1/3 das pessoas com aumento de adiposidade, tanto pelo aumento do índice de massa corporal como pelo aumento da circunferência da cintura, apresentam níveis de pressão arterial limítrofe, e que mais da metade dessas pessoas é hipertensa (WILLIAMS, 2008).

Há evidências de que a combinação de ingestão de micronutrientes (potássio, magnésio, cálcio, entre outros), antioxidantes (vitaminas A e C, entre outras), substâncias fitoquímicas (flavonoides, pigmentos, entre outros) e fibras alimentares presentes em alimentos como frutas e vegetais, cereais integrais e leguminosas leva à redução do risco de desenvolvimento de Hipertensão, DVC, diferentes tipos de câncer, entre outras DCNT (WHO, 2003, citado por MARTINS et al., 2010).

O aumento da relação entre a gordura poli-insaturada e a saturada em uma dieta contendo aproximadamente 25% de lipídios encontra-se associado com diminuição da pressão arterial, enquanto outros não encontram relação consistente entre quantidade e tipo de gordura ingerida e essa doença (FERRARA et al., 2000; ISO et al., 2002, citados por MARTINS et al., 2010).

Alguns estudos tentam explicar a relação da ingestão de cálcio com doenças crônicas. O aumento da ingestão de cálcio atenua a sensibilidade ao sal e reduz a pressão sanguínea, principalmente em indivíduos hipertensos. Esse efeito anti-hipertensivo tem sido atribuído não apenas à presença de cálcio, mas ao equilíbrio metabólico existente entre os minerais presentes no leite (cálcio, magnésio e potássio) (ZEMEL, 2001; GROZIAK; MILLER, 2000, citados por MARTINS, 2010).

A evolução clínica da hipertensão arterial é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes.

As medidas referentes às modificações no estilo de vida, especialmente a redução de peso, da ingestão de sal, da ingestão de álcool, como também a adoção de uma dieta rica em fibras e pobre em gordura saturada, além de uma atividade física regular, já se mostraram comprovadamente eficazes na redução da pressão arterial (PA), na melhora da eficácia anti-hipertensiva dos medicamentos e na diminuição do risco cardiovascular associado à hipertensão (NOGUEIRA et al., 2010).

O uso de terapia anti-hipertensiva também já se comprovou extremamente útil não só na redução da PA, mas também na redução de eventos cardiovasculares. (NOGUEIRA et al., 2010).

A adesão inadequada do paciente ao tratamento da hipertensão arterial tem sido relatada em várias pesquisas observacionais, sendo a não observância da prescrição e cumprimento de medidas medicamentosas ou não medicamentosas para o controle da PA um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial (GUS et al., 2004; PEREIRA et al., 2003; PICCINI; VICTORA, 1994, citados por NOGUEIRA et al., 2010).

Uma indução ao diagnóstico de hipertensão arterial refratária e desencadeamento de investigação diagnóstica para causas de hipertensão arterial secundária, acarretam ônus adicional e sofrimento desnecessário aos doentes. Tal fator pode ser induzido quando pacientes com má adesão à terapêutica levar o médico a supor que a terapêutica adotada não possua eficácia, induzindo equivocadamente ao aumento da dose dos medicamentos, troca por outra classe ou, ainda, a adição de um novo medicamento ao esquema anti-hipertensivo previamente prescrito (BUSNELO et al., 2008).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência 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).

Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31% (PICON et al., 2012), sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (PICON et al., 2013).

A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica, por período de tempo indefinido, sofre influência de fatores próprios ao paciente e de outros desencadeados pelo médico. Os principais fatores atribuídos aos pacientes são relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, à atitude do paciente

frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de um melhor estado de saúde. Os fatores atribuídos ao médico incluem a relação médico-paciente, a abordagem do paciente e da família, o conhecimento da comunidade que atende as medidas de conscientização populacional tomadas por ele em conjunto com a equipe multidisciplinar com quem atua (CORREA et al., 2007).

Para que a pressão arterial elevada seja tratada adequadamente, deve-se levar em consideração a necessidade de mudanças no estilo de vida, além da terapia farmacológica e correta adesão do paciente ao tratamento. Os principais fatores relatados por Busnelo *et al.* (2008) como empecilho à terapia são dificuldades financeiras, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldades de acesso ao sistema de saúde, inadequação da relação médico-paciente. Estes autores ainda ressaltaram a inexistência de sintomas nos primeiros 15 a 20 anos da doença e o aspecto de cronicidade da doença, como aspectos importantes a serem observados.

Nos países em desenvolvimento, a hipertensão arterial (HA) é o segundo fator de risco para a morbidade e a mortalidade entre adultos e é fator de risco para doenças cerebrovasculares, cardíacas, renais, aórticas e arteriais periféricas, porém o tratamento reduz significativamente o risco das complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Tem sido identificada falha dos pacientes em utilizar as drogas recomendadas pelo menos na metade dos casos de hipertensão refratária. Além disso, diversos outros fatores, como a classe a que pertence o medicamento prescrito, o uso de múltiplas doses diárias, o perfil de reações adversas, a idade dos pacientes, os intervalos longos entre os retornos e fatores econômicos, parecem afetar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (BUSNELO et al., 2008).

A despeito da existência de tratamentos eficazes e seguros, o controle ainda está aquém do desejável. A HAS representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônica, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a

Alguns estudos concluíram que o abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45% em uma coorte de pacientes hipertensos, sendo que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresentam uma má adesão ao tratamento da pressão arterial e, na prática clínica, observa-se que muitos pacientes sequer retornam às consultas médicas regulares.

Em publicação do Caderno de Atenção Básica direcionado aos cuidados em HAS, o Ministério da Saúde sugere que a formação de um processo de educação permanente com os profissionais da atenção básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL et al., 2003; DROUIN et al., 2006; ONYSKO et al., 2006; BONDS et al., 2009, citados por BRASIL, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

- 1) Excesso de hipertensos descompensados e cadastramento de usuários com HAS abaixo do número esperado (subdiagnóstico).
- 2) Estilo de vida pouco saudável (obesidade, tabagismo, sedentarismo).
- 3) Nível baixo de informação da população sobre HAS e diabetes.
- 4) Modelo de atendimento baseado em demanda espontânea/Excesso de demanda.
- 5) Desorganização de receitas de uso contínuo.
- 6) Baixa adesão ao grupo Hiperdia.
- 7) Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.
- 8) Diabéticos descompensados.
- 9) Uso excessivo de antidepressivos e benzodiazepínicos.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Conforme apresentado a lista pela equipe, foram enumerados os problemas por ordem de prioridade, quanto a importância, capacidade de enfrentamento e urgência. Foi identificado como problema prioritário a HAS, com o excesso de pacientes hipertensos descompensados cadastrados e o número de usuários com HAS abaixo do esperado.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF “Dona Antônia Izídia, Lagamar-MG, 2015.

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Urgência
Excesso de hipertensos descompensados e cadastramento de usuários com HAS em número abaixo do esperado.	Alta	Dentro	10
Estilo de vida pouco saudável (obesidade, tabagismo, sedentarismo).	Alta	Dentro	10
Nível baixo de informação da população sobre HAS e diabetes.	Alta	Dentro	10
Modelo de atendimento baseado em demanda espontânea/excesso de demanda.	Alta	Dentro	10
Desorganização de receitas de uso contínuo.	Alta	Dentro	10
Baixa adesão ao grupo HIPERDIA.	Media	Dentro	8

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Dona Antônia Izídia.

6.3.1 Descrição do problema

A ESF Dona Antônia Izídia apresenta um número aproximado de 2598 habitantes, com total de 466 hipertensos cadastrados (17,93% da população total e 23,45% da população adulta) e tem como forte característica o grande número de idosos. Foi feito levantamento numérico com base no SIAB, nas fichas preenchidas pelas ACS, bem como em dados de prontuário dos usuários acometidos pela HAS. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento. Segundo Passos, Assis e Barreto (2006), a população esperada de hipertensos na fase adulta gira em torno de 20%, podendo chegar a aproximadamente 60% na população maior que 60 anos. Além do subdiagnóstico de HAS na área, chamou a atenção o grande número de pacientes descompensados constatados em reuniões de HIPERDIA, consultas da enfermagem e médicas, e triagens realizadas dentro da UBS e o nível baixo de informação da população a respeito da doença e suas complicações.

6.3.2 Explicação do problema

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). A

patologia é crônica, principalmente primária e acomete principalmente adultos, e tendo prevalência em aproximadamente metade dos idosos, sendo ligada a fatores genéticos e estilo de vida. Cada vez mais os habitantes estão sendo diagnosticados jovens. De forma geral, merece atenção especial já que é comprovadamente um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que por sua vez, estão relacionadas a um grande número de mortes e aposentadorias precoces. Excluindo os fatores genéticos, podemos inferir como a primeira causa para este problema na área investigada o elevado número de pacientes com idade avançada, problemas relacionados a estilos de vida não saudáveis (obesidade, tabagismo, sedentarismo, erro alimentar), ruim adesão ao tratamento medicamentoso, baixa adesão aos grupos HIPERDIA e diabetes. O modelo de atendimento anterior era baseado em demanda espontânea, deixando dessa forma de lado a prevenção e promoção de saúde. O serviço de nutrição do NASF não participava do processo de prevenção, promoção e orientação de forma ativa. A gestão pública não se empenha de forma eficaz na resolução dos problemas relatados.

6.4 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

A Equipe Dona Antônia Izídia selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido.

Os “nós críticos” considerados foram:

- Excesso de hipertensos descompensados;
- Cadastramento de usuários com HAS com número abaixo do esperado;
- Mudanças no estilo de vida (obesidade, tabagismo, sedentarismo, erro alimentar);
- Desconhecimento sobre a doença e o seu tratamento (nível de informação).

6.5 Sexto passo: Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema excesso de pacientes hipertensos descompensados cadastrados e o número de usuários com HAS abaixo do esperado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Antônia Izídia, em Lagamar, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Excesso de hipertensos descompensados
Operação/Projeto	Atenção às pessoas que possuem HAS
Resultados esperados	<p>Controlar os níveis pressóricos dos pacientes sem comorbidades diminuindo para menos de 10% a porcentagem de usuários com Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e Pressão Arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg em uso de medicação melhorar a abordagem da equipe relativo à doença.</p> <p>Reduzir demanda espontânea e aumentar demanda de consultas periódicas.</p> <p>Melhorar a quantidade e qualidade dos exames disponíveis, bem como ferramentas para facilitar monitoramento e tratamento.</p> <p>Melhorar a adesão dos usuários ao grupo.</p> <p>Elaborar de material didático, divulgação, técnicas de comunicação.</p> <p>Organizar agenda programada.</p> <p>Aprimorar acolhimento, visita domiciliar, consulta.</p> <p>Adequar propedêutica.</p>
Produtos esperados	<p>1 Adequar tratamento conforme diretrizes e linhas guias do ministério da saúde, bem como melhorar informação população(Grupo HIPERDIA ORGANIZADO</p> <p>2 Propiciar educação permanente da equipe (Capacitação da equipe/ acolhimento, visita domiciliar, consulta).</p> <p>3 Agenda programada.</p> <p>4 Adequar propedêutica disponível no município, Classificação de risco (exames de qualidade e ferramentas para monitoramento).</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>1 médico e enfermeira/ Grupo HIPERDIA ORGANIZADO</p> <p>2 NASF/Educação permanente da equipe</p> <p>3 enfermeira/ Agenda programada.</p> <p>4 médico e secretário de saúde</p>
Recursos necessários	<p>Organizacional: Conseguir disponibilidade na agenda da equipe.</p> <p>Cognitivo: Adquirir conhecimento teórico sobre HAS, acolhimento, vínculo, técnicas de comunicação.</p> <p>Político: Obter apoio da população, equipe, secretário de saúde e prefeito.</p> <p>Financeiro: Adquirir recursos financeiros para material didático e lanche. Disponibilização de recursos pelo setor público para adequação da propedêutica (exames laboratoriais, ECG, Rx, etc...).</p>
Recursos críticos	<p>Organizacional: Organizar agenda programada, diminuir demanda espontânea.</p> <p>-Político: apoiar setores educacionais do município e espaço na rádio local, e ter pessoal capacitado.</p> <p>Financeiro: Disponibilizar recursos pelo setor público para: adequação da propedêutica (exames laboratoriais, ECG, Rx, etc...), compra de material didático, lanche.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretário de saúde, secretário de educação, prefeito</p> <p>Motivação: favorável (organização), indiferente (político), contrária (financeira)</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Apresentar projeto ao secretário de Saúde e educação, para conseguir apoio e espaço na rádio local, pessoal capacitado.</p> <p>Apresentar a proposta para prefeito, sua importância e necessidade, para conseguir apoio financeiro para adequação da propedêutica (exames laboratoriais, ECG, Rx, etc...), compra de material didático, lanche.</p>
Responsáveis:	Médico, enfermeiro e nutricionista no NASF.
Cronograma / Prazo	Início em 90 dias/De junho à dezembro de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico e enfermeira

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema excesso de pacientes hipertensos descompensados cadastrados e o número de usuários com HAS abaixo do esperado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Antônia Izídia, em Lagamar, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Cadastramento de usuários com HAS com número abaixo do esperado.
Operação/Projeto	Campanha: HIPERTENSÃO, você pode possuir a doença e não saber!
Resultados esperados	Identificar e aumentar o número de diagnósticos adequados de HAS conforme estimativas (em torno de 20 % da população adulta) 520 pacientes, com finalidade de melhor controle da doença e redução de suas complicações. Fazer divulgação, compromisso da equipe, principalmente ACS, auxílio na captação e educação da população, educação permanente. Campanha na rádio Elaborar material educativo. Preenchimento adequado do cartão de controle de HAS pelas técnicas de enfermagem.
Produtos esperados	1- Fazer Campanha educativa na praça e otimizar meios de comunicação. 2- Fazer educação permanente da equipe de saúde, (principalmente ACS, sobre conhecimento de captação, identificação e diagnóstico HAS com orientação da população para comparecer a UBS para aferição frequente da PA preenchimento adequado do cartão de controle de HAS pelas técnicas de enfermagem).
Atores sociais/ responsabilidades	1- Viabilizar participação da enfermeira e das ACS/Campanha educativa na praça e meios de comunicação. 2- Viabilizar a educação permanente da equipe de saúde do NASF
Recursos necessários	Organizacional: Ter equipe capacitada e funcionários disponíveis. Horário semanal de reunião de equipe e capacitação. Cognitivo: Adquirir conhecimentos teóricos sobre HAS, técnicas de comunicação e acolhimento. Político: Apoio do prefeito, do secretário de saúde, de setores educacionais do município. Financeiro: Obter recursos financeiros para material didático e campanha na rádio local.
Recursos críticos	Político: - Apoio do prefeito, do secretário de saúde, de setores educacionais do município. Financeiro: Recursos financeiros para material didático e campanha na rádio local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de saúde, secretário de educação, prefeito Motivação: indiferente (político), contrária (financeira)
Ação estratégica de motivação	Apresentar projetos ao secretário de saúde e educação para conseguir apoio. Apresentar a proposta para prefeito, sua importância e necessidade, para conseguir apoio financeiro, para material didático e campanha na rádio local.
Responsáveis:	Enfermeira
Cronograma / Prazo	Início em 90 dias/De junho à dezembro de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico e enfermeira

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema excesso de pacientes hipertensos descompensados cadastrados e o número de usuários com HAS abaixo do esperado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Antônia Izídia, em Lagamar, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Mudanças no estilo de vida (obesidade, tabagismo, sedentarismo, erro alimentar).
Operação/Projeto	Campanha: Tenha uma vida saudável.
Resultados esperados	Redução em 20 % o número de tabagistas e obesos, mudança cultural. Controle de níveis pressóricos, dislipidemia (diminuir porcentagem de HDL <40 mg/dl), redução do número de obesos em 20 %, educação sobre atividades físicas regulares, mudança cultural, redução do risco cardiovascular. Melhorar a merenda, promover hábitos de alimentação saudável, incentivo às atividades físicas, com foco nas escolas para combater estilo de vida inadequado durante toda a vida, mudança cultural, redução da obesidade e dos níveis de LDL e triglicérides. Campanha na rádio para esclarecimento.
Produtos esperados	1-Grupo de obesidade, grupo antitabagismo (Estruturação de grupos multidisciplinares e interdisciplinares, com foco em mudanças no estilo de vida). 2-Grupo de caminhadas orientadas e saúde na praça (Estruturação de grupos de atividades físicas na praça e caminhada orientada). 3-Programa merenda saudável e hábitos de vida saudáveis aos estudantes (merenda de qualidade e promoção de dieta saudável e atividades físicas na escola).
Atores sociais/ responsabilidades	1- Nutricionista e enfermeira/ Grupo de obesidade, grupo antitabagismo 2- Educadora física e fisioterapeuta/ Grupo de caminhadas orientadas e saúde na praça 3- Nutricionista, dentista e coordenadora da atenção básica/ Programa merenda saudável e hábitos de vida saudáveis aos estudantes
Recursos necessários	Organizacional: Equipe capacitada e funcionários disponíveis, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e educador físico (NASF). Cognitivo: Conhecimento teórico e comunicação. Político: Apoio do prefeito, secretário de saúde, setores educacionais. Financeiro: Compra de material didático e para atividade física, medicação e campanha na rádio local. Apoio do prefeito para adequar a merenda
Recursos críticos	Político: Apoio do prefeito, secretário de saúde e setores educacionais. Financeiro: Compra de: material didático e divulgação, equipamentos para prática de atividades físicas, medicação, merenda adequada, e campanha na rádio local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de saúde, secretário de educação, prefeito Motivação: indiferente (político), contrária (financeira)
Ação estratégica de motivação	Apresentar projetos ao secretário de saúde e educação para conseguir apoio. Apresentar projeto ao prefeito para disponibilizar recurso financeiro para compra de: material didático e divulgação, equipamentos para prática de atividades físicas, medicação, merenda adequada, e campanha na rádio local.
Responsáveis:	Enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico do NASF.
Cronograma / Prazo	Início em 90 dias/De junho à dezembro de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	NASF e enfermeira

Quadro 5– Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema excesso de pacientes hipertensos descompensados cadastrados e o número de usuários com HAS abaixo do esperado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dona Antônia Izídia, em Lagamar, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Desconhecimento sobre a doença e seu tratamento (nível de informação).
Operação/Projeto	-Programa: CONHECENDO A HIPERTENSÃO.
Resultados esperados	População mais informada sobre HAS, a fim de reduzir o número de pacientes não tratados e a baixa adesão ao tratamento. Melhora da educação da população e das crianças quanto a estilo de vida saudável, a fim de reduzir novos casos. -Aumento da frequência no HIPERDIA. Diminuição das complicações da doença. Redução de demanda espontânea e de demandas de consultas individuais que pode ser resolvida e grupos. Mudança cultural. Divulgação, compromisso da equipe, capacitação. Campanha no rádio e elaboração de material didático.
Produtos esperados	Campanhas periódicas na radio local, PSF e escolas (Conscientização da população sobre HAS, fatores de risco e complicações, e riscos da má adesão ao tratamento, capacitação de ACS, programa de saúde escolar).
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe saúde da família
Recursos necessários	Organizacional: Organizar agenda da equipe, para capacitar e desenvolver atividades educacionais, e redução dos atendimentos de demanda espontânea. Cognitivo: Conhecimento teórico do tema e comunicação. Político: Apoio do secretário de saúde e prefeito para disponibilizar espaço na rádio, apoio de setores educacionais e mobilização social. Financeiro: Apoio para aquisição de materiais educativos e espaço na rádio.
Recursos críticos	Político: - Apoio do secretário de saúde e prefeito para disponibilizar espaço na rádio, apoio de setores educacionais e mobilização social. Financeiro: Apoio para aquisição de materiais educativos e espaço na rádio.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de saúde, prefeito Motivação: favorável (político), contrária (financeira)
Ação estratégica de motivação	Apresentar a proposta para prefeito, sua importância e necessidade, para conseguir apoio financeiro para aquisição de materiais educativos e espaço na rádio.
Responsáveis:	Enfermeira
Cronograma / Prazo	Início em 60 dias/De maio à dezembro de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe saúde da família

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente no mundo todo. Seu estudo e conhecimento são fundamentais para uma abordagem efetiva dos pacientes hipertensos, principalmente em relação à prevenção de suas complicações, as quais acarretam em elevado custo econômico ao dinheiro público e principalmente à qualidade de vida da população acometida.

O Plano de ação é fundamental no desenvolvimento de estratégias para enfrentar os diversos problemas no sistema de saúde. Como a Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal problema de saúde do PSF Dona Antônia Izídia, será necessário um grande empenho da equipe de saúde e gestão para resolvermos o quadro do grande número de pacientes descompensados e o quadro de subdiagnóstico, a fim de possuir um controle adequado da doença, com modificação de estilo de vida e melhor adesão ao tratamento.

Torna-se importante o levantamento de dados e monitoramento contínuo do projeto por parte da equipe, visto que é imprescindível para uma abordagem eficaz do problema traçado no plano de ação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. – (Cadernos de Atenção Básica; 37).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il

CAMPOS, F.C. de; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. dos. **Monitoramento e Avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde**. In: CAMPOS, FC; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e Avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.

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

CRUZ, L.F.; e GOMES, F. J. (Coord.). **Plano Anual de Ação Municipal de Vigilância Sanitária**. Disponível em: www.prefeituradelagamar.com.br. Acesso em 09 jul. 2015.

FARIA, H.P. et al. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2ed. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.68p.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de informação em saúde: conceitos fundamentais e organização**. NESCON/UFMG. Abril/1999.

IBGE, **Censo 2010**, Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313710&search=mi-nas-gerais|lagamar> Acesso em 23 de abril de 2015.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16)

PASSOS, V. M. D. 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, 2006.

TOSCANO, C M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**. 2004, vol.9, n.4, pp. 885-895.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.