

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

**NIDIA CUMBA ROQUE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA REDUZIR A ALTA  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA  
EQUIPE 2 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CANAFÍSTULA,  
ARAPIRACA - ALAGOAS**

Maceió / Alagoas

2016

**NIDIA CUMBA ROQUE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA REDUZIR A ALTA  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA  
EQUIPE 2 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CANAFÍSTULA,  
ARAPIRACA - ALAGOAS**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia

Maceió / Alagoas

2016

**NIDIA CUMBA ROQUE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA REDUZIR A ALTA  
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA  
EQUIPE 2 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CANAFÍSTULA,  
ARAPIRACA - ALAGOAS**

**Banca examinadora**

Examinador 1 - Prof.<sup>a</sup>. Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia, UFAL

Examinador 2 – Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Maceió, em        de        de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

A meu filho por ser o maior presente em minha vida.

A meu esposo, pela compreensão, e apoio em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais, fonte constante de amor e estímulo.

Aos meus netos por serem fonte de amor.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia pela orientação, dedicação, apoio compreensão e ajuda no trabalho.

À minha equipe de trabalho da UBS 2 e aos pacientes de minha área de abrangência por permitir-me o estudo e realização deste trabalho.

A esta Universidade e a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

À Deus por tudo.

*"Tuas forças naturais, as que estão dentro de ti, serão as que curarão as suas doenças."*

Hipócrates

*"A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade"*

Aristóteles

*Nada beneficiará tanto a saúde humana e aumentará as chances de sobrevivência da vida na terra quanto a evolução para uma dieta vegetariana. A ordem de vida vegetariana, por seus efeitos físicos, influenciará o temperamento dos homens de uma tal maneira que melhorará em muito o destino da humanidade.*

Albert Einstein

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que envolve o aumento da pressão do sangue nas artérias. É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e sempre perigosa, por isso, requer diagnóstico precoce e tratamento adequado. Os fatores etiológicos se encontram principalmente na existência de estilos de vida inadequados na comunidade em geral, e desde que sejam controlados, é possível reduzir o seu impacto. Quando uma análise dos efeitos da hipertensão sobre a saúde humana e das causas que estão na base é bem-feita torna-se possível controlá-lo e/ou eliminá-lo. Por isso, é imprescindível intervir nas comunidades para reduzir o seu impacto. Por esta razão e com base na taxa atual de pacientes hipertensos na área da equipe, o objetivo deste projeto de intervenção foi propor uma estratégia educacional, buscando diminuir hábitos e estilos de vida negativos na comunidade assistida. O diagnóstico situacional foi elaborado usando o Método da Estimativa Rápida. Essas informações foram utilizadas, associado a revisão de literatura feita sobre o tema, na construção de uma proposta de intervenção, identificando-se e priorizando-se os problemas e construindo-se propostas para o enfrentamento de tais situações tendo como base o Planejamento Estratégico Situacional. Acredita-se que garantir uma adequada promoção da saúde, a prevenção de complicações e o controle adequado da HAS nos pacientes constituem uma contribuição significativa para a redução da morbidade e mortalidade nessa comunidade.

**.Palavras-chave:** Hipertensão. Saúde Pública. Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

The Hypertension is a chronic disease that involves increasing the blood pressure in the arteries. It is a multivariate, imperceptible disease in the early stages, most often progressive and always dangerous, so it requires early diagnosis and appropriate treatment. The etiological factors are mainly the existence of inadequate lifestyles in the community, and if they are controlled, you can reduce your impact. When an analysis of the effects of hypertension on human health and the causes that underlie is well done it becomes possible to control it and/or delete it. Therefore, it is essential to intervene in communities to reduce their impact. For this reason and based on the current rate of hypertensive patients in, the area of the team, e objective of this intervention project was the realization of an educational strategy, seeking to reduce negative habits and lifestyles in assisted community. The Situational diagnosis data prepared using the rapid assessment method were used, along with review of literature on the subject, in the construction of a propose intervention, identifying and prioritizing problems and building proposals to deal with such situations based on the Situational strategic planning. It is believed that ensure adequate health promotion, prevention of complications, and the proper control of HAS in patients constitute a significant contribution to the reduction of morbidity and mortality in this community.

**Key words:** Hypertension. Public health. Health promotion.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IAM</b>	Infarto Agudo do Miocárdio
<b>PAS</b>	Pressão Arterial Sistólica
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade UBS Canafístula Equipe II .....	23
<b>Quadro 2</b> - Descritores do problema elevada prevalência de pacientes com HAS na UBS Canafístula Equipe II .....	24
<b>Quadro 3</b> - Operações sobre os “nós” críticos do problema alta prevalência de Hipertensão Arterial na UBS Canafístula equipe II .....	25
<b>Quadro 4</b> – Recursos críticos .....	27
<b>Quadro 5</b> - Proposta de ações para a motivação dos atores .....	28
<b>Quadro 6</b> - Plano Operativo UBS Canafístula Equipe II.....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Arapiraca é um município brasileiro do interior do estado de Alagoas pertencente à Mesorregião do Agreste Alagoano. Localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 128 km. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2015 é de 231.053 habitantes, sendo o segundo município mais populoso do Estado e o primeiro de sua microrregião.

Limita-se ao norte com o município de Igaci, ao sul com o município de São Sebastião, a leste com os municípios de Coité do Noia e Limoeiro de Anadia, a oeste com os municípios de Lagoa da Canoa e Girau do Ponciano e Feira Grande, a noroeste com o município de Craíbas e a sudeste com o município de Junqueiro. (IBGE, 2013).

Está a aproximadamente 1.390 km de Brasília, a capital federal. A cidade localiza-se exatamente no centro do estado, tornando-a uma importante rota para as mais variadas áreas das cidades circunvizinhas e demais cidades. Sua área é de 367,5 km<sup>2</sup>, sendo que 8,6874 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. A densidade demográfica é de 600,83 hab/Km<sup>2</sup> e a taxa de crescimento anual está em torno de 7,7% (IBGE, 2013).

Informações sobre aspectos históricos do município demonstram que o nome Arapiraca vem de uma árvore.

Foi embaixo da Arapiraca, localizada as margens do Riacho Seco, que Manoel André Correia dos Santos (fundador da cidade) descansou. A sombra daquela árvore fez com que Manoel André tivesse a ideia de construir uma cabana. Depois de alguns tempos, com a vinda de outras famílias, a árvore Arapiraca ficou cercada por um povoado. O local começou a ser povoado na primeira metade do século XIX (ARAPIRACA, 2014).

Na década do ano 1970, quando a cultura da produção de fumo era uma das principais atividades econômicas da época na região, elevou a cidade a categoria de município. Mas, atualmente, a cidade conta com várias empresas de grande porte e que dão grande impulso na economia do município. Além da dinâmica gerada pelo polo de indústrias químicas e alimentícias, outros segmentos também contribuem para a dinâmica econômica local, como o turismo e comércio.

Atualmente se destaca por ser uma das que mais vêm gerando empregos em todo o território nacional (WIKIPEDIA, 2016).

O mais importante município do interior alagoano, Arapiraca destaca-se como importante centro comercial da região agreste localizando-se no centro geográfico do estado de Alagoas. A área de influência direta do município atinge uma população de aproximadamente meio milhão de habitantes (IBGE, 2013).

De acordo com dados disponibilizados pelo IBGE em 2010, Arapiraca apresentou uma frequência de residências com abastecimento de água pela rede pública de 81%. O município apresenta 91,3% de domicílios com coleta de lixo. Com relação ao destino das fezes e urina, há um percentual de domicílios com fossas sépticas de 8,5% e 88,6% de fossas rudimentares 88,6%. Apresenta 10,5% dos domicílios com destino de suas fezes e urina na rede geral de esgoto ou pluvial.

Quanto aos indicadores socioeconômicos destacam-se a renda *per capita* e Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes. A maior renda *per capita* observada na 7ª Região de Saúde foi no Município de Arapiraca, assim como, o maior PIB, com respectivamente, R\$ 444,51 e R\$ 7.880,34 (IBGE, 2010).

Com respeito a situação educacional no ano 2012 o município contava com aproximadamente 5.544 alunos matriculados, 322 docentes e 98 escolas para a educação pré-escolar; 36.387 matrículas, 1.602 docentes e 108 escolas para o ensino fundamental e 10.877 matrículas, 461 docentes e 26 escolas para o Ensino médio (IBGE, 2013) .

Segundo dados do município a Taxa de Escolarização é 73,0% sendo de 71,3% no sexo masculino e 74,7% no feminino mostrando que no município as mulheres possuem um grau de alfabetização maior que os homens (IBGE, 2010). Na área de abrangência da equipe 2 existe um nível de alfabetização de 58,8% e uma taxa de emprego de 51% (SIAB, 2015).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Canafístula é uma das mais antigas de Arapiraca sendo incluída entre os serviços de saúde do município em 23 de abril de 1988. Localizada na zona urbana encontra-se inserida na própria comunidade abrangendo o bairro de Canafístula constituindo-se porta de entrada e primeiro

contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). Está dotada de infraestrutura para atender três mil famílias, aproximadamente, atendendo atualmente 10.673 habitantes. Sua área de abrangência corresponde ao bairro Canafístula. A unidade conta com três equipes de saúde da família e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do Tipo 1. A equipe é composta por três médicos, um cirurgião dentista, dois enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, 18 agentes comunitários de saúde, um assistente social, um farmacêutico, dois agentes administrativos para marcação de exames e um para o arquivo.

A Equipe de Saúde da Família II (ESF II) onde atuo é composta por uma médica do Programa Mais Médicos, um cirurgião dentista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde e um assistente social e o NASF 1 que atendem a duas equipes de saúde. A população adscrita tem elevado número de desempregados e a grande maioria vive do Programa Bolsa Família.

A ESF II tem um total de 1.126 famílias cadastradas correspondendo a 2.593 habitantes. Desses, 358 tem hipertensão arterial sistêmica (HAS), predominando na faixa etária de 50 anos e mais e no sexo feminino. Outros problemas de saúde que também afetam a população são as doenças cerebrovasculares, gravidez na adolescência e alta prevalência de fumantes. A unidade também apresenta problemas decorrentes da demora de marcação de consultas com especialistas e exames laboratoriais bem como observou-se baixo número de atividades de promoção da saúde.

A hipertensão arterial além de ser a morbidade mais prevalente na população em geral, se constitui como um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas pois compromete a funcionalidade de outros órgãos. Seu controle é difícil e está intimamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, associado à dieta, exercícios físicos, ao comprometimento da família no acompanhamento do paciente e ao suporte oferecido pela equipe de saúde no acompanhamento e avaliações periódicas deste paciente de forma multidisciplinar. Mediante o que foi apresentado esta proposta de intervenção educativa objetiva diminuir a alta prevalência de hipertensão na área de abrangência da ESF II.

## 2 JUSTIFICATIVA

Ao definir as prioridades a equipe levou em conta a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Considerou a alta prevalência de pessoas com HAS como o principal problema devido ao fator de risco para as complicações mais comuns deste transtorno não diagnosticado como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Por isso, é necessário elaborar uma proposta de intervenção no processo de atendimento dos pacientes, seguindo o modelo apresentado no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde.

A HAS representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência cerca de 20% da população adulta como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acessos a medicamentos (BRASIL, 2006).

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, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente

abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial (BRASIL, 2006).

Resulta um fato que as atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde constituem uma forma de desenvolver na população a responsabilidade com sua saúde como pessoa e além com a saúde coletiva, por tal motivo fortalecer as mesmas no tema HAS deve ser um dos objetivos do trabalho da equipe de saúde família e desta forma contribuir ao cumprimento dos objetivos da atenção básica à saúde (BRASIL, 2006).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar uma proposta de intervenção educativa para reduzir a alta prevalência de hipertensão arterial na Equipe de Saúde da Família II da Unidade Canafístula, Arapiraca-Alagoas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Identificar os fatores que contribuem à alta prevalência da hipertensão arterial nos pacientes.

Capacitar os agentes de saúde como promotores do processo de educação para o cadastramento de casos novos de HAS.

Elaborar uma revisão narrativa da literatura sobre o tema selecionado.

## 4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção a equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência mediante a identificação de dados utilizando o Método da Estimativa Rápida, sendo coletados somente aqueles pertinentes e necessários para uma aproximação à realidade vivenciada pela população.

Para seu desenvolvimento buscou-se a fundamentação teórica por meio de uma revisão narrativa a partir de pesquisa realizada na Biblioteca Virtual de saúde (BVS) utilizados os seguintes descritores: doenças cardiovasculares, estilos de vida, hipertensão arterial sistêmica, fatores de riscos coronários.

A elaboração da proposta de intervenção baseou-se no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme definido por Campos, Faria e Santos (2010), por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a HAS é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Dessa maneira, esta doença ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas.

A HAS é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que acarreta, como as doenças cerebrovascular, arterial coronariana e vascular de extremidades, além da insuficiência cardíaca e da insuficiência renal crônica (PIERIN, 1998).

A HAS representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência cerca de 20% da população adulta como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008).

A Atenção Básica, como primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e visa à manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

Como a hipertensão não complicada é um transtorno assintomático, muitas pessoas ignoram tê-la. As campanhas nacionais de prevenção e controle têm aumentado o conhecimento público, e a triagem em massa dos pacientes resultou num aumento do reconhecimento do problema, de modo que apenas 30% dos pacientes com hipertensão ignoram o seu diagnóstico. Essas campanhas contribuíram para um decréscimo das taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral. Todavia, apenas 50% dos hipertensos estão em programa de tratamento, e apenas 30% têm a pressão controlada em níveis ideais. Devido à natureza assintomática da doença (pelo menos até o desenvolvimento das complicações) e aos efeitos colaterais frequentemente associados ao tratamento, a instituição da terapia medicamentosa e

adesão contínua ao esquema do tratamento são desafios constantes (PIERIN, 1998).

A atenção básica em saúde tem sido considerada um dos pilares da organização do sistema de saúde, sendo que o primeiro contato do usuário com este sistema é através do nível básico de atenção à saúde que possui um grande potencial para resolver parte significativa das patologias ali existentes (BRASIL, 2008).

Os sistemas de saúde baseados no fortalecimento da atenção básica estão organizados para atender a maior parte dos problemas de saúde e a enfatizar ações de promoção da saúde e de prevenção. Sua utilização é resultante do acompanhamento e do controle dos pacientes com hipertensão arterial e/ou outros agravos e a interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional e dos recursos disponibilizados (BRASIL, 2010).

Quanto à ocupação, renda familiar e escolaridade, que podem ser considerados indicadores de classe social, a hipertensão tem se mostrado mais frequente em trabalhadores situados nas classes menos favorecidas e com menor escolaridade. (PIERIN, 1998)

Quando divididos segundo o gênero observa-se uma prevalência de 27% em homens e 30% de mulheres. A prevalência mundial estimada para o ano 2025 é na ordem de 29,2%, o que significa que um em cada três adultos com mais de 20 anos será hipertenso (1,56 trilhões de pessoas a serem afetadas) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Nesta condição, o aumento do consumo de alimentos enlatados, rico em sódio, também está associado aos casos de HAS (RODRIGUES; GONÇALVES; TEIXEIRA, 2011). Além disso, existem outros predisponentes, incluindo obesidade, Diabetes Mellitus, sedentarismo, ingestão de álcool, tabagismo e dietas ricas em gorduras, que corroboram a alta prevalência dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Fumar é outro conhecido fator de risco para o desencadeamento da HAS (MALACHIAS, 2010). O tabaco provoca uma morte em 10 segundos, de acordo com

um relatório publicado recentemente pela Organização Mundial de Saúde. Além disso, o tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, onde lesões ateroscleróticas são apresentadas em uma alta porcentagem de pacientes que morreram por esta causa (GOMEZ, 2010).

Em outros estudos realizados foi registrado um maior predomínio de HAS nas regiões Norte (18,9%) e Médio Oeste (19,4%) e uma prevalência maior nas regiões Sudeste (22,8%) e Sul (20,9%). Este mesmo estudo identificou também que a frequência da hipertensão aumenta com a idade, diminuem com a escolaridade, é maior entre negros e viúvos, menor entre os solteiros e aumentada entre os indivíduos com sobrepeso, diabetes, dislipidemias e com problemas cardiovasculares (CIPULLO et al., 2010).

Em outras análises realizadas sobre a HAS encontram-se como fatores de riscos modificáveis pela intervenção dos profissionais da ESF: a idade, peso e obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, tabaco e hábitos alimentares. No entanto, fatores genéticos, gênero e etnia, fatores socioeconômicos não são modificáveis por intervenção da equipe de saúde (CIPULLO et al., 2010).

A HAS pode ser definida como o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg ou mais e de pressão arterial diastólica (PAD) de 90mmHg ou mais em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido esses valores encontrados em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião ou em momentos próximos. É então considerada uma síndrome caracterizada por níveis pressóricos elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, podendo causar lesões em órgãos e tecidos (JESUS, 1995).

A presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Em amostras da nossa população, a combinação de fatores de risco entre indivíduos hipertensos parece variar com a idade, predominando a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia. A obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Diante de toda a revisão etiológica, fisiopatológica e clínica, é importante enfatizar que os programas de prevenção são fundamentais para controlar a HAS. Muitos países tentam reduzir a mortalidade e a morbidade causada pela hipertensão, através da modificação dos fatores de risco. É consenso que as intervenções devem ser focadas nos diversos fatores de risco, utilizando a prática da educação em saúde na população (BRASIL, 2001). Não há dúvida que o sucesso na redução da incidência da HAS está no enfoque dos fatores de risco e na maior participação da população neste processo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Evidências suficiente demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos.(BRASIL ,2006)

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Depois de discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência foram identificados os principais problemas de saúde os quais foram priorizados segundo sua importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los selecionando-se a elevada prevalência de pacientes com hipertensão arterial como objeto de intervenção (Quadro 1).

**Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade UBS II Canafístula. Arapiraca-Alagoas, 2015.**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de pacientes com HAS.	Alta	9	Parcial	1
Alta incidência de enfermidades cerebrovasculares	Alta	5	Parcial	2
Elevada prevalência de pacientes fumantes	Alta	5	Parcial	3
Elevada incidência de gravidez na adolescência	Alta	4	Parcial	3
Demora na marcação de especialidades e exames laboratoriais	Alta	3	Parcial	4
Poucas atividades de promoção de saúde.	Alta	3	Parcial	4

Para descrição do problema priorizado, a UBS II procurou dados do (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe, ou seja, os indicadores das complicações apresentadas como: emergências hipertensivas, acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença renal crônica e transtornos visuais. A ação da equipe frente a esses problemas (pesquisa, controle de hipertensão) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações, óbitos) conforme pode ser visualizado no Quadro 2.

**Quadro 2 - Descritores do problema elevada prevalência de pacientes com HAS da comunidade UBS II Canafístula. Arapiraca-Alagoas, 2015.**

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fontes</b>
Hipertensos cadastrados	358	SIAB
Hipertensos entre 35 - 50 anos	128	Registro da equipe.
Hipertensos idosos	230	Registro da equipe
Hipertensos com A.V.C	31	Registro da equipe
Hipertensos com I.A.M	10	Registro da equipe
Hipertensos com transtornos visuais	12	Registro da equipe
Hipertensos com outras complicações .	35	Registro da equipe
Hipertensos com diabetes	59	Registro da equipe

Fonte: SIAB

O problema selecionado como prioritário foi a elevada prevalência de pacientes com hipertensão arterial, com um total de 358 pacientes cadastrados, que representam 13,8% da população com risco de adoecimento. Destes, 230 são idosos, os demais pertencem a faixa etária maior de 35 anos de idade. Muitos pacientes chegam a unidade por demanda espontânea. Quando são examinados tem cifras elevadas de pressão arterial e referem que não são hipertensos, sem diagnóstico feito e sem cadastro na documentação pertinente. Neste ano, detectou-se 42 casos novos desta doença em comparação ao ano anterior que só foram 26 casos comprovando que ainda existe morbidade oculta desta doença na população com risco. Por isso mediante atividades educativas de promoção e prevenção da doença e com a busca ativa de casos novos podemos melhorar a qualidade de vida dos pacientes já diagnosticados.

As ações devem buscar melhor controle dos hipertensos já conhecidos, estabelecer metas para ampliar o grau de conhecimento desses fatores pela população diretamente interessada e, ainda, e principalmente, fornecer à população em geral

mais informações para a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e, com isso, evitar o aparecimento das doenças cardiovasculares (JARDIM et al., 2007).

Um plano de ação é fundamental para estimular a mudança de hábitos em um grupo de pessoas.

[...] Sempre estamos planejando em situações dinâmicas que sofrem constantes transformações. Portanto, é fundamental estabelecer um processo permanente de planejamento que dê conta de corrigir os rumos e manter a direcionalidade das ações desenvolvidas em relação aos objetivos a serem alcançados (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p. 19).

O Quadro 3 apresenta as operações para enfrentar os “nós” críticos identificados na área de abrangência da equipe. Apresentando o ponto principal específico, a operação para o seu enfrentamento, resultados esperados, os produtos e os recursos necessários para a finalização do mesmo.

**Quadro 3 - Operações sobre os “nós” críticos do problema alta prevalência de Hipertensão Arterial na população da equipe II da UBS II Canafístula. Arapiraca-Alagoas, 2015.**

<b>Nó crítico</b>	<b>Projeto/Objetivo</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Vida Saudável</b>  Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir o número de tabagistas e obesos,  Incentivar a prática de exercícios físicos	Programa de palestras  Campanha na rádio local sobre alimentação saudável.	<b>Organizacional:</b> para organizar caminhadas <b>Político:</b> local (Postos de saúde, comunidades, local para exercícios) Mobilização social Mobilização intersetorial. <b>Financeiros:</b> para recursos audiovisuais, folhetos educativos
Baixo nível de conhecimento	<b>Mais conhecimento</b>	População mais informada sobre	Avaliação do nível de	<b>Cognitivo.</b> - Conhecimento sobre

da população sobre HAS	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e as complicações da HAS	riscos e complicações da HAS	informação da população;  Criação de grupos de pacientes;  Palestras para grupos operativos população geral	estratégias pedagógicas e de comunicação  <b>Político:</b> Mobilização de social  <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, tenda para a realização de uma palestra, data show, ornamentação da tenda com mesas e cadeiras, equipamento de som
	<b>Melhor cuidado</b>  Melhorar estrutura do serviço para atendimento aos pacientes com HAS	Garantia de exames previstos anos protocolos para 80% de pacientes com HAS	Capacitação de pessoal	<b>Políticos:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.  <b>Financeiros:</b> Aumento das ofertas de exames  <b>Cognitivo:</b> elaboração do projeto de adequação
Baixa cobertura de medicamento do programa Hiperdia PSF e redes de farmácia	<b>Meu remédio</b>  Adequar fornecimento de medicamentos na rede de saúde	Ofertar a quantidade adequada de medicamentos aos usuários e comunidade.	Programa de controle de medicamentos padronizados na rede.  ;	<b>Políticos:</b> articulação Inter setoriais para aquisição de fármacos  <b>Financeiros:</b> previsão semestral de medicamentos fornecidos no programa e aquisição de medicamentos de auto custo.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 69) “a identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano”.

A realização das ações propostas no presente plano depende de recursos políticos, financeiros, cognitivos e organizacionais. A equipe de saúde não é autônoma e está sujeita desta forma, ao apoio das Secretarias de Educação e Saúde, além do Conselho Municipal de Saúde. Apresentamos no Quadro 4 os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema.

Campos, Faria e Santos (2010, p. 69) consideram

recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

Por isso, no Quadro 4 detalhamos os recursos críticos identificados para a execução do presente plano.

**Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema da equipe II UBS II Canafístula. Arapiraca-Alagoas, 2015.**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Vida saudável</b>	<b>Político:</b> local para exercícios, mobilização social Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local. <b>Financeiro:</b> para recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
<b>Mais conhecimento</b>	<b>Político:</b> conseguir o espaço de difusão por carros de som e rádio local. <b>Financeiro</b> – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, tenda para a realização de uma

	palestra, data show, ornamentação da tenda com mesas e cadeiras, equipamento de som. <b>Cognitivo:</b> trazer especialistas para ministrar palestras
<b>Melhor cuidado</b>	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos
<b>Meu Remédio</b>	<b>Político:</b> articulação intersetoriais para aquisição de fármacos de alto custo e dos programas. <b>Financeiros</b> – Previsão e aquisição de medicamentos.

É necessário identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação problema, por fim motivando o ator para a efetivação das propostas e ações estratégicas para envolvê-los na execução do plano proposto.

**Quadro 5 - Proposta de ações para a motivação dos atores da UBS II Canafístula. Arapiraca-Alagoas, 2015.**

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controles de recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Vida saudável</b> Modificar hábitos e estilos de vida	<b>Político</b> – local para exercícios, mobilização social Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local. <b>Financeiro:</b> para recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.	Setor de comunicação social	Favorável	Não necessária
		Secretário de saúde	Favorável	Não necessária
<b>Mais conhecimento</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os	<b>Político</b> - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes e rádio local.	Setor de comunicação social Secretário de	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações

riscos e as complicações da HAS	<b>Financeiro</b> – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, tenda para a realização de uma palestra, data show, ornamentação da tenda com mesas e cadeiras, equipamento de som.	saúde		Apresentar projeto Apoio das associações
<b>Melhor cuidado</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS	<b>Político</b> – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. <b>Financeiro</b> - aquisição de recursos.	Prefeito municipal  Secretaria municipal de saúde  Secretaria de educação  Fundo nacional de saúde	Indiferente  Favorável  Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede  -  -
<b>Meu Remédio</b> Adequar o fornecimento de medicamentos de vida na rede de saúde	<b>Político</b> – articulação intersetoriais para aquisição de fármacos de alto custo e dos programas.  <b>Financeiros</b> – Previsão e aquisição de medicamentos	Secretaria municipal de saúde  Prefeitura	Favorável  Indiferente	-  Apresentar projeto Apoio das associações

O plano operativo consistirá no trabalho participativo com a comunidade além de dar legitimidade às ações visa apoiar e capacitar as organizações comunitárias para participar, de forma ativa e com responsabilidade na implementação do Projeto, como também realizar ações para modificar os hábitos e estilos de vida

inadequados, por hábitos saudáveis. Aumentar o nível de informação da população sobre dos fatores de riscos de HAS como dislipidemias, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade entre outros, melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS, garantindo os medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com HAS. Reorganizar o processo de trabalho para abordagem e monitoramento da equipe de saúde para enfrentar o problema.

**Quadro 6 - Plano Operativo da equipe II da UBS II Canafístula. Arapiraca-Alagoas, 2015.**

<b>Operações</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Vida Saudável</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir o número de tabagistas e obesos.  Incentivar a prática de exercícios.	Programa de palestras  Campanha na rádio local sobre alimentação saudável	Não é necessária	Equipe de Saúde da Família  Coordenação de AB.	Trinta dias para o início das atividades
<b>Mais conhecimento</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e as complicações da HAS	População mais informada sobre riscos de HAS, autocuidado	Avaliação do nível de informação da população;  Criação de grupos de pacientes;  Palestras para grupos operativos e população em	Apresentar projeto  Apoio das associações	Equipe de saúde da família	Início em um mês ações educativas de 15 em 15 dias aos indivíduos e avaliação em seis meses, Capacitação em um mês dos ACS.

		geral			
<b>Melhor cuidado</b>  Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS	Garantia de exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com HAS.	Capacitação de pessoal	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Equipe de Saúde da Família	Avaliação cada quatro meses. Exames cada 3 meses
<b>Meu Remédio</b>  Adequar o fornecimento de medicamentos de vida na rede de saúde	Oferecer quantidade adequada de medicamentos aos usuários e comunidade	Programa de controle de medicamentos padronizados na rede.	Apresenta Projeto Apoio das Associações	Equipe de Saúde da Família	Início em três meses e finalização em 12 meses

A elaboração do plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) definindo os prazos para a execução das mesmas. Neste quadro se logra a participação de membros da comunidade e da equipe saúde na construção de propostas de prevenção da doença de maneira educativa, através da troca de experiências e reflexão sobre as suas práticas de higiene e prevenção. Além disso, é importante ressaltar que todas as ações desenvolvidas serão fruto de ampla discussão com a comunidade, com o cuidado de escutá-la para a identificação de seus anseios e aspirações, em uma relação de transparência e construção de estratégias de conhecimento em relação a doença, aliando a vontade e determinação da equipe técnica em contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Politicamente e socialmente pretende-se um impacto positivo nos indicadores e na melhoria da qualidade da assistência de pacientes com HAS que têm associados fatores de risco e assim apresentar as principais ações para reduzir a alta prevalência de esta doença e melhorar a qualidade e vida da população.

A avaliação e o monitoramento do plano de ação será feito de acordo com as operações. No que diz respeito a operação Vida saudável será monitorado trimestralmente e avaliado dois anos após sua implementação. Quanto as operações Mais conhecimento e Melhor cuidado serão monitoradas mensalmente e avaliadas um ano após a implementação e a operação. Como a operação Meu remédio tem muita importância porque dela depende o controle dos pacientes diagnosticados, será monitorada mensalmente e avaliada a cada seis meses.

Espera-se com a implantação dessas operações os seguintes resultados:

- Ter minimizado em 90% o desconhecimento sobre a hipertensão arterial e suas complicações.
- Ter diminuído em 20% os fatores de risco como o sedentarismo, as práticas inadequadas de alimentação, o tabagismo e o etilismo.
- Ter cobertura médica para 80% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.
- Ter garantido medicamentos a 80% da população com hipertensão arterial.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma das condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos e populações em todas as partes do mundo. Esta por si só é uma doença e um fator de risco importante para o desencadeamento de outras condições clínicas, como insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, insuficiência renal, doença vascular cerebral e retinopatia. Garantir uma adequada promoção da saúde, a prevenção de complicações e o controle adequado da HAS nos pacientes constituem uma contribuição significativa para a redução da morbidade e mortalidade.

Diante do exposto o objetivo deste projeto de intervenção foi reduzir a alta prevalência da HAS de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis melhorando assim a saúde no município em relação a esta doença.

Este estudo buscou compreender e desenvolver ações de educação para promover à saúde dos indivíduos, capacitar as pessoas e grupos para atingir os objetivos definido sobre sua saúde de forma a melhorar e/ou manter a qualidade de vida, contribuindo para reduzir as doenças, deficiências e mortes evitáveis bem como melhorar a interação humana.

Com este estudo pode-se afirmar que será possível reduzir a alta prevalência da hipertensão arterial atuando sobre os fatores de risco modificáveis para assim prevenir a doença. Os pacientes que estão diagnosticados terão seus níveis pressóricos controlados e serão evitadas as complicações que além de grandes riscos à saúde, ocasionam desgaste familiar e altos custos para a sociedade e estado.

Cabe a equipe melhorar a assistência que é prestada aos usuários portadores de HAS da área de abrangência para que assim, estes possam usufruir de boa saúde e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ARAPIRACA (AL). **Prefeitura**. 2014. Disponível em: <<http://www.arapiraca.al.gov.br>>. Acesso em: jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Informes Técnicos institucionais - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 14). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab14>>. Acesso em: 10 fev. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15.pdf)>. Acesso em: 20 Abr.2015.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Guia Prático do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2009. Disponível em: <[dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume8.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume8.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2015

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CIPULLO, J.P.et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma População Urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n.4, , abr. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270030>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

GOMEZ, R. Resultado del Control Comunitario de Hipertensión Arterial en el área de salud del Policlínico Dr. Carlos J. Finlay del Regional Marianao. **Rev. Cub. Med.**, 2010.16-20 p. 35.

JARDIM, P. C. V. et al.. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88 n. 4, abr. 2007. Disponível em: < emergências hipertensivas, acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/15.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2015

JESUS, C. A. C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicação no planejamento da assistência. **R Saude Dist. Fed.**, v. 1, n.1, jan.-jun. 1995.

MALACHIAS, M. V. B. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Palavra do Presidente. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.2-3, 2010. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2015

PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.273-82, ago. 1998.

RODRIGUES, L. GONÇALVES, M. TEIXEIRA, G.E.. **Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social no município de Montes Claros (MG)**, 2011. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2Vcf16jkihYJ:aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/107807/mod\\_folder/content/0/Artigos%2520Estudo%25201/2010\\_Luciene,%2520Unimontes\\_Indicadores%2520de%2520vulnerabilidade%2520e%2520risco%2520social%2520para%2520as%2520fam%25C3%25ADlias%2520pobres%2520cadastradas%2520no%2520Minist%25C3%25A9rio%2520de%2520Desenvolvimen.pdf%3Fforcedownload%3D1+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2Vcf16jkihYJ:aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/107807/mod_folder/content/0/Artigos%2520Estudo%25201/2010_Luciene,%2520Unimontes_Indicadores%2520de%2520vulnerabilidade%2520e%2520risco%2520social%2520para%2520as%2520fam%25C3%25ADlias%2520pobres%2520cadastradas%2520no%2520Minist%25C3%25A9rio%2520de%2520Desenvolvimen.pdf%3Fforcedownload%3D1+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br) Acesso em: 25 fev. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 89, n. 3, set. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, além de outras Diretrizes. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, n.95, v. 1, Supl. 1, p. 1-51, 2010.

WIKIPEDIA. **Arapiraca**. Disponível em: < <https://pt.wikipedia.org/wiki/Arapiraca>> Acesso em: 15 mar. 2016