

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA

YOSVEL LEÓN MIÑOSO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
ALOISIO AUGUSTO DE RESENDE, NO MUNICÍPIO DE RITÁPOLIS -
MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2016

YOSVEL LEÓN MIÑOSO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
ALOISIO AUGUSTO DE RESENDE, NO MUNICÍPIO DE RITÁPOLIS-
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Dra. Viviane Helena de França

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2016

YOSVEL LEÓN MIÑOSO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A PREVALÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
ALOISIO AUGUSTO DE RESENDE, NO MUNICÍPIO DE RITÁPOLIS-
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof. Dra. Viviane Helena de França – Orientadora (colaborador externo)

Prof. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 23/07/2016

RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência na população, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade, geram altos custos econômicos que aumentam progressivamente com o incremento da hipertensão arterial. As mudanças nos modos e estilos de vida dos pacientes com risco de padecer de hipertensão devem ser uma das prioridades da atenção básica, realizando o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção, medidas essas essenciais para diminuição das complicações da doença. Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para reduzir a alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial na área de abrangência do Programa Saúde da Família “Aloisio Augusto de Resende”, localizado no município Ritópolis, Minas Gerais. Para subsidiar a elaboração do projeto foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre o tema. O projeto foi elaborado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que, com a implantação das ações proposta possamos reduzir a prevalência da hipertensão na área de abrangência da unidade onde atuo.

Palavras-chave: Hipertensão. Estilo de vida. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

In public health statistics it is clear that the Hypertension has a high prevalence in the population, so it is considered one of the most important public health problems. Cardiovascular diseases are major causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and increase progressively with increasing blood pressure. Changes in ways and lifestyles of patients with risk of suffering from hypertension should be a priority of primary care, making early diagnosis, good control and proper treatment of this disease are essential to decrease the complications of the disease. This work aims to propose an action plan to reduce the high prevalence of patients with hypertension in the area covered by the Family Health Program "Aloisio Augusto de Resende", located in the municipality Ritópolis, Minas Gerais. To support the development of the project a literature search was conducted in the Virtual Health Library in order to raise the existing evidence on the subject. The project was designed following the steps of situational strategic planning. It is expected that with the implementation of the proposed actions can reduce the prevalence of hypertension in the coverage area of the unit where I work.

Key words: Hypertension. Life Style. Family Health Strategy. Health Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 O município de Ritópolis - Minas Gerais	7
1.2 Aspectos geográficos, socioeconômicos e demográficos de Ritópolis .	8
1.3 Área de abrangência do Programa Saúde da Família Aloisio Augusto de Resende no município de Ritópolis.....	8
1.4 Recursos e características da comunidade do Programa Saúde da Família Aloisio Augusto de Resende no município de Ritópolis.....	9
1.5 Principais problemas de saúde do PSF Aloisio Augusto de Resende ..	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivo geral	15
3.2. Objetivos específicos	15
4. METODOLOGIA.....	16
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas constituem um grande desafio para o trabalho diário das equipes de Atenção Básica, pois apresentam elevada prevalência dentre a população, e, na maioria das vezes, evoluem afetando a qualidade de vida dos pacientes ou até provocando mortes.

As condições que prevalecem como causas dessas doenças são multifatoriais e coexistem como determinantes biológicos e socioculturais. Para que sua abordagem seja efetiva e resolutive é necessário envolver diversas categorias profissionais das equipes de saúde em ações conjuntas; promovendo o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e da comunidade.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos para apoiar as equipes de saúde a realizarem um esforço ostensível para organizar a Rede de Atenção Básica para o atendimento as pessoas com doenças crônicas, vinculadas aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 O município de Ritópolis - Minas Gerais

Ritópolis localiza-se na região noroeste do município São João del Rei, Minas Gerais, estando distante a 14 km do mesmo. Em relação a Belo Horizonte, a capital do estado, Ritópolis localiza-se a 200 km. A distância desse município da Rodovia Fernão Dias (BR-381) é de 70 km e da BR-040 é de 120 Km. A população estimada de Ritópolis é de 4.925 habitantes (IBGE, 2010).

A cidade teve suas origens no século XVIII como vila de abastecimento agropecuário. Essa vila denominada na época de Vila de Santa Rita do Rio Abaixo, foi fundada por tropeiros e emancipada em 30 de dezembro de 1962. A primeira referência documentada da antiga Santa Rita do Rio Abaixo consta na certidão de batismo de Domingos da Silva Xavier, irmão mais velho de Joaquim José da Silva Xavier (Tiradentes), datada como 25 de junho de 1738. (O PORTAL DE TIRADENTES E REGIÃO, 2016).

A vila nasceu no início da construção da capela por volta de 1713 que, apesar de descaracterizada devido a um acréscimo frontal ocorrido em 1918, está preservada

até hoje. Atualmente o local é denominado Praça Tiradentes em homenagem a seu filho maior. Já recebeu o nome de Largo e Arraial. Os séculos de história deixaram alguns exemplares de arquitetura em pedra, pau-a-pique, abobe e tijolos. (O PORTAL DE TIRADENTES E REGIÃO, 2016).

1.2 Aspectos geográficos, socioeconômicos e demográficos de Ritópolis

- Área total do município: 404,805 Km². (IBGE, 2010)
- Domicílios particulares permanentes: 1.691 famílias. (IBGE, 2010)
- Densidade demográfica: 12,17 habitantes/ Km². (IBGE, 2010)
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM): 0,653. (IBGE, 2010)
- A distribuição da população de Ritópolis por faixa etária encontra-se descrita na Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição da população de Ritópolis, Minas Gerais, por faixa etária e zona de residência, dados de 2010.

Município: Ritópolis										
Total da população: 4.925 habitantes										
Número de indivíduos/ Idade	≤ 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais	Total
Área Urbana	42	126	249	338	381	302	857	1.192	685	4172
Área Rural	7	23	44	60	67	71	151	210	120	753
Total	48	149	293	398	448	373	1009	1.402	805	4.925

Fonte: IBGE, 2010.

1.3 Área de abrangência do Programa Saúde da Família Aloisio Augusto de Resende no município de Ritópolis

O Programa Saúde da Família (PSF) Aloisio Augusto de Resende, no qual atuo como médico localiza-se na área urbana da cidade, em especial no centro. Porém,

esse PSF atende parte da população localizada na zona rural da cidade, sendo composta pelos seguintes povoados: Prainha, Penedo, Glória e Ramos. Esses povoados, embora na zona rural, apresentam fácil acesso, mesmo as ruas não sendo pavimentadas.

Possui como população total da área de abrangência 2.512 pessoas, dentre 4.925 que corresponde ao total da população que reside no município. Essas pessoas compõem 944 famílias cadastradas, predominando o sexo feminino. A densidade familiar é de 5 a 8 pessoas por família, com faixa etária predominante dos 20 aos 49 anos. Predomina, também, como nível de alfabetização dessa população o ensino médio.

Os principais postos de trabalho existentes na comunidade do PSF são: lavrador, costureira, pecuária, biscateiro, tirador de leite, doméstica, pedreiro, dentre outros.

A comunidade conta com saneamento básico dotado de rede de abastecimento de água para consumo cuja distribuição encontra-se funcionando, embora não possua, em geral, rede de esgoto totalmente estruturada. A iluminação pública cobre 95% da população, exceto algumas vivendas da zona rural.

1.4 Recursos e características da comunidade do Programa Saúde da Família Aloisio Augusto de Resende no município de Ritópolis

- 4 Escolas municipais.
- 1 Creche.
- 3 Igrejas.
- 3 Centros de cultos religiosos.
- 2 Campos de futebol.
- 5 Praças e vários pontos de comércio.

A principal causa de óbito no município são as doenças do aparelho circulatório, tanto em homens quanto em mulheres, seguidas pelas doenças endócrinas

metabólicas e nutricionais. Em último lugar, encontram-se as doenças infecciosas comportando-se da mesma forma no PSF onde atuou.

No ano 2014 foram registradas na área de abrangência do PSF Aloisio Augusto de Resende três mortes relacionadas às complicações no curso da doença hipertensiva (2 Infartos Agudos do Miocárdio e 1 Acidente Cerebrovascular).

Unidade Básica de Saúde do PSF Aloisio Augusto de Resende:

- Horário de funcionamento de 7 horas às 16 horas.
- Recursos Humanos: Na Unidade Básica de Saúde trabalham um total de 13 pessoas distribuídas da seguinte forma:
 - 1 Médico
 - 1 Enfermeira
 - 2 Técnicos de Enfermagem
 - 2 Enfermeiras de Sala de Vacinas
 - 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
 - 1 Auxiliar de Serviços Gerais.
- Infraestrutura física:

A Unidade Básica de Saúde está situada em um local com características padronizadas pelo Ministério de Saúde, composta por várias dependências, onde funcionam serviços de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com sala de recepção e espera, sala de enfermagem para triagem, sala de vacinação, sala de triagem neonatal, salas de consultas (médica, audiodonodiologia), sala de curativos, área de serviços e banheiros, entre outras.

1.5 Principais problemas de saúde do PSF Aloisio Augusto de Resende

Ao analisar a realidade da Hipertensão Arterial junto a população da área de abrangência do PSF Aloisio Augusto de Resende detectamos pouco conhecimento

da doença e suas complicações, o tratamento farmacológico e não farmacológico, e inadequados hábitos alimentares, os quais constituem fatores de risco cardiovascular, e uma baixa cultura sanitária sobre esses fatores, em conjunto, agindo negativamente sobre a saúde, principalmente, quanto aos pacientes idosos, e, em associação, pouca atenção dada pela equipe de saúde a este tipo de ferramenta.

Nessa comunidade a Hipertensão Arterial afeta a 879 pessoas com uma prevalência de um 35% para a faixa etária dos 25 aos 59 anos.

No município de Ritópolis, a principal causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório, tanto em homens quanto em mulheres, comportando-se de igual maneira na área de abrangência do PSF Aloisio Augusto de Resende.

2. JUSTIFICATIVA

O ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico ajuda para que se cultive e sejam vivenciados hábitos e estilos de vida associados ao nível social e os costumes do povo brasileiro, em especial quanto aos hábitos alimentares, como no caso da população mineira. Além das influências no estilo de vida relacionada à região, o nível social, os costumes, a pressão social, o nível educacional, de informação e a cultura sanitária, também, determinam a ocorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em associação às políticas públicas de saúde implementadas em cada região.

Esse contexto aponta para relevância de ser implementado um programa direcionado a HAS que possa tanto favorecer o adequado acompanhamento dos pacientes, a partir da elaboração e adoção de um protocolo de atendimento para essa doença, quanto dispor de informações farmacológicas para apoiá-los, e ações de referência e contrarreferência para lidar com as complicações da doença, bem como capacitar os profissionais de saúde sobre essa ferramenta e os fluxos a serem seguidos para prestar os atendimentos.

É comum encontrar os portadores de HAS em situação de descompensação do quadro clínico, situação identificada devido ao seu potencial em causar danos irreparáveis na saúde da pessoa.

No PSF Aloisio Augusto de Resende, a equipe de saúde verificou que existe um subregistro do número de casos de hipertensos, situação essa que está sendo detectada nas consultas realizadas, quando os pacientes comparecem à unidade de saúde, seja devido a uma situação de demanda espontânea, ou, quando são examinados, e apresentam valores elevados de pressão arterial, sem se referirem como pacientes hipertensos.

Nesse sentido, pode-se observar que na maioria dos casos os pacientes têm associados à HAS outras doenças e fatores do risco, e/ou doenças crônicas como: Diabetes Mellitus, obesidade, hábitos sedentários, dislipidemias, hábito de fumar, alcoolismo e outros; as quais dificultam ainda mais o controle adequado. Além desses casos, muitos pacientes também assistem a consulta sem passarem por um

planejamento prévio quanto à conduta relacionada ao tratamento, e outros só procuram o atendimento quando ocorrem os casos de descontrole ou necessitam de receitas para dispensação dos medicamentos.

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral e o Infarto Agudo do Miocárdio, além da Doença Renal Crônica Terminal. Representa um problema grave de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% a 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos entre 60 e 69 anos, e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por ser a maior parte do curso da Hipertensão Arterial assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão ao tratamento prescrito por parte dos pacientes, além do abandono ao tratamento quando os valores da pressão arterial se tornam mais estáveis.

Modificações nos modos e estilos de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, como uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, o controle do peso, a prática de atividades físicas. O tabagismo e o uso excessivo de álcool são fatores de risco que também devem ser adequadamente abordados e controlados. Uma vez a hipertensão descontrolada e o tratamento instituído, mesmo adotando-se doses progressivas de medicamentos, esses não resultarão no alcance dos níveis de pressão arterial recomendados, se não houver adesão do paciente e da família quando a tais modificações nos modos e estilo de vida.

A HAS é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mmHg de diastólica, em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. A hipertensão quase sempre vem acompanhada, por lesões nos vasos sanguíneos resultando em consequentes alterações de órgãos alvos como: cérebro, coração, rins e retina; principalmente por ser uma doença com padrão silencioso, que não dói, e no início não provoca sintomas. Entretanto, a hipertensão pode matar, na maioria das vezes quando os

sintomas já ocorrem, encontram-se presentes em decorrência das próprias complicações da HAS.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial na área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF) Aloisio Augusto de Resende, no município de Ritópolis, Minas Gerais.

3.2. Objetivos específicos

Identificar as pessoas da comunidade com fatores de risco para Hipertensão Arterial.

Estimular modificações nos maus hábitos dietéticos e sedentários em pessoas com fatores de risco para Hipertensão Arterial.

Possibilitar uma maior adesão dos hipertensos obesos e sedentários no consumo de dieta saudável e na realização de atividade física.

Conscientizar os pacientes hipertensos sobre o risco cardiovascular.

Organizar a agenda de trabalho da equipe para garantir o acompanhamento adequado aos pacientes hipertensos.

4. METODOLOGIA

Foram seguidas as seguintes etapas:

- Para a realização da proposta de intervenção educativa direcionada aos problemas identificados em 2015 pela equipe do PSF Aloisio Augusto de Resende, localizado no município de Ritópolis, Minas Gerais, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o principal problema de saúde identificado nessa região dentre a comunidade local, empregando os descritores: Hipertensão; Estilo de vida; Estratégia Saúde da Família; Educação em saúde. Para este levantamento bibliográfico sobre o tema abordado nessa proposta de intervenção foram realizadas buscas na internet de publicações científicas junto as bases de dados da BIREME, GOOGLE e Biblioteca virtual do NESCON, o que favoreceu ao alcance de uma compreensão mais ampla e aprofundada sobre a temática Hipertensão Arterial e as questões trabalhadas nesse estudo.
- Associada a esta revisão bibliográfica foi também empregado como ferramenta para a elaboração desta proposta de intervenção o Planejamento Estratégico Situacional (PES), como forma de fundamentar o delineamento de um plano de ação contextualizado a realidade encontrada no PSF Aloísio Augusto de Resende.

Ao ser utilizado o método do PES, a partir do método de estimativa rápida foram coletados vários dados referentes a situação local quanto a prevalência da Hipertensão Arterial da população assistida por este PSF, e sobre outros principais problemas de saúde que afetam essa população. Desse modo, buscou-se identificar os fatores de risco e recursos potenciais existentes nesse contexto, que poderiam contribuir para diminuição da Hipertensão Arterial junto a essa população ao serem adotadas estratégias implementadas um curto período de tempo e sem custos elevados para a gestão municipal, que pudessem promover tal enfrentamento de modo resolutivo. Assim, um pressuposto fundamental para a elaboração desta proposta de intervenção foi propiciar a criação de estratégias que pudessem garantir o envolvimento da população na identificação de suas necessidades prioritárias em saúde e dos principais problemas locais, estimulando sua participação social frente a necessidade de ser realizado o enfrentamento da elevada prevalência de

Hipertensão Arterial na área de abrangência deste PSF. Para tornar tal proposta de intervenção viável, buscou-se pelo apoio e colaboração junto às autoridades municipais responsáveis, ou seja, os gestores que trabalham com ações direcionadas ao controle de doenças e o provimento dos recursos que se fizeram necessários nesse sentido. Para isso foram considerados os seguintes passos na elaboração do plano de ação:

- a) Estabelecimento em conjunto com a equipe de saúde das diretrizes que serviram como guias para elaboração da proposta de intervenção.
- b) Definição das pessoas consideradas como público alvo a ser investigado para obtenção dos dados requeridos quanto a compreensão do problema de saúde em estudo.
- c) Elaboração de um roteiro para identificar e coletar os dados qualitativos a serem utilizados nesse processo de análise do problema de saúde em estudo, considerando que os dados quantitativos já se encontravam disponíveis para consulta por meio dos registros da equipe do PSF.
- d) Abordagem dos líderes comunitários visando estimulá-los a apoiarem esta iniciativa e conscientizarem-se da importância de promover a modificação dos maus hábitos alimentares e estilos de vida sedentários para a prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares.

Portanto, a partir desses passos mediante a análise dos dados epidemiológicos disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e em associação com a observação direta realizada pela equipe durante as atividades assistenciais e de cuidado prestadas junto a comunidade, puderam ser identificados os seguintes principais problemas de saúde presentes na área de abrangência do PSF Aloisio Augusto de Resende:

- Elevada incidência e prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial.
- Hábitos dietéticos e estilos de vida não saudáveis.
- Uso indiscriminado de psicofármacos.

- Deficiente controle de risco pré-concepcional.

Com a finalidade de priorizar dentre esses 4 problemas de saúde, quais seriam os problemas de maior relevância a serem enfrentados pela ESF, utilizou-se os critérios descritos no Quadro 1, permitindo avaliar tal situação de saúde considerando os seguintes graus de prioridade:

Urgência do problema.

Viabilidade do problema.

Capacidade de enfrentamento pela equipe.

Recursos necessários para resolver o problema.

Quadro 2 – Distribuição dos pontos por itens de prioridade quanto aos principais problemas de saúde da população do PSF. “Aloisio Augusto de Resende”.

Problemas	Importância			Urgência		Viabilidade		Enfrentamento			Recursos			Total
	A	M	B	Si	No	Si	No	A	M	B	A	M	B	
1. Elevada incidência e prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial.	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-	3	-	-	13
2. Hábitos dietéticos e estilos de vida não saudáveis.	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	8
3. Uso indiscriminado de psicofármacos.	-	2	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	7
4. Deficiente controle de risco pré-concepcional.	3	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	7

Lenda:

- | | | | | |
|-------------------|-----------------|------------------|-----------------|----------|
| 1. Importância: | Alta = 3 Pontos | Media = 2 pontos | Baixa = 1 ponto | Nulo = 0 |
| 2. Urgência: | Sim = 2 Pontos | Não = 1 ponto | | |
| 3. Viabilidade: | Sim = 2 Pontos | Não = 1 ponto | | |
| 4. Enfrentamento: | Alta = 3 Pontos | Media = 2 pontos | Baixa = 1 ponto | Nulo = 0 |
| 5. Recursos: | Alta = 3 Pontos | Media = 2 pontos | Baixa = 1 ponto | Nulo = 0 |

- Descrição do problema de saúde selecionado e do público alvo

O principal problema de saúde selecionado foi a elevada incidência e prevalência de hipertensos, na área de abrangência do PSF Aloisio Augusto de Resende.

A Hipertensão Arterial afeta, aproximadamente, 879 pessoas desta área de abrangência do PSF, apresentando uma prevalência de 35% dentre a população total, e afetando fundamentalmente indivíduos na faixa etária dos 25 aos 59 anos.

No município verificou-se que em decorrência a Hipertensão Arterial, constituem-se como as principais causas de óbito nessa área de abrangência, assim como ocorre nas demais regiões do Brasil, as doenças do aparelho circulatório, tanto em homens quanto em mulheres.

A hipertensão causa danos irreparáveis na saúde das pessoas, e constitui um fator de risco importante para o aparelho cardiovascular e o sistema nervoso central, provocando sequelas que, em muitos casos, correspondem a graves consequências geradas na saúde do paciente e na qualidade de vida das famílias.

Para descrever o problema priorizado, a equipe utilizou dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe como: indicadores de frequência de fatores de risco associados ao alto índice de hipertensos (tabagistas, alcoólatras, obesos e sedentários), bem como dados referentes as ações de controle desenvolvidas e acompanhadas pela equipe do PSF.

Desse modo, pode-se definir qual seria a população a ser incluída nesta proposta de intervenção: pacientes hipertensos, e pacientes não hipertensos com fatores de risco para desenvolverem a doença hipertensiva que se encontrassem cadastrados neste PSF, com idades maiores de 18 anos, de ambos os sexos.

Considerou-se relevante desenvolver como intervenção uma estratégia educativa contando com a participação de líderes comunitários que conheçam em profundidade a população local, e puderam assim auxiliar nas visitas domiciliares direcionada à pesquisa desses pacientes.

Depois da análise do problema de saúde e desta realidade citada pela equipe de saúde do PSF, observou-se que os nós críticos do problema de saúde priorizado, a Hipertensão arterial, encontram-se associados as seguintes condições:

- Maus hábitos dietéticos, pelo elevado consumo de refrigerantes, alimentos gordurosos e salgados.
- Estilo de vida sedentário, pela maioria da população dessa área de abrangência.
- Pouco conhecimento dos fatores do risco associados à Hipertensão Arterial.
- Baixo nível de informação da população e dos pacientes.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.

A partir da definição desses nós críticos e fundamentando na revisão bibliográfica apresentada a seguir, a equipe de saúde do PSF Aloisio Augusto de Resende desenvolveu como estratégias para o enfrentamento do problema de saúde, Hipertensão Arterial, o plano de ação descrito no capítulo 6.

Para viabilidade desta proposta de intervenção, verificou-se como indispensável o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, e dos atores responsáveis pelo controle e gerencia dos recursos materiais e humanos dos serviços de saúde.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, igual ou maior que 140/90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas decorrentes de sua ocorrência, geram o 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).

Além da HAS ser a causa direta da cardiopatia hipertensiva, é um fator de risco associado às doenças decorrentes da aterosclerose e trombose, que também se manifestam, predominantemente, por meio da doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Quando a HAS gera a cardiopatia hipertensiva e isquêmica, se torna também um fator etiológico para a insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como a doença de Alzheimer e a demência vascular, também têm HAS, desde o seu desenvolvimento em fases mais precoces da vida como um fator de risco. Essa multiplicidade de conseqüências geradas pela HAS coloca essa doença na origem de muitas outras doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das maiores causas na redução de expectativa de vida e qualidade de vida dos indivíduos acometidos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A HAS tem elevada prevalência, e apresenta baixas taxas de controle. A mortalidade pela doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA), a partir de 115/ 75mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). 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,

sendo mais da metade dos indivíduos com idades entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Apesar de ser notável uma redução significativa nos últimos anos da HAS, a DCV é ainda a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis às doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Segundo esse mesmo autor, a frequência de adultos que referiram ao diagnóstico da HAS esteve presente entre 12,9% no município de Palmas e 29,8% do Rio de Janeiro. Ressalta-se que, no sexo masculino, as maiores frequências observadas para a HAS foram no Rio de Janeiro (23,9%) e em Campo Grande (23,9%), já entre as mulheres, as maiores frequências observadas foram no Rio de Janeiro (34,7%) e em Recife (30,3%) (VIGITEL BRASIL – 2011, 2012).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004). Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40%, e da Itália com 38% da população hipertensa a partir da faixa etária maior de 18 anos. (SHARMA *et al.*, 2004; MARQUEZ CONTRERAS *et al.*, 2007; GRANDI *et al.*, 2006).

Cerca de 40% dos usuários da rede da Atenção Primária à Saúde são portadores de HAS na Alemanha, e destes apenas 18,5% costumam apresentar a PA controlada (SHARMA *et al.*, 2004). A média europeia de controle da HAS em serviços de Atenção Básica é de 8%, e nos EUA essa taxa tem se mantido em torno de 18%. Já na América Latina e África há uma variação entre 1% e 15% dessas taxas de HAS quanto aos portadores que mantêm a PA controlada (GRANDI *et al.*, 2006).

No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não faziam tratamento para esse problema e somente 16% mantinham sua pressão arterial controlada (LEENEN *et al.*, 2008). As pessoas com maior número de fatores de risco se encontravam

realizando melhor tratamento e mais controle da doença. Um estudo sobre a prevalência e manejo dos pacientes hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008 (MOHAN; CAMPBELL, 2008), descreveu a prevalência da doença de 22% para a população em geral com HAS, e 52% para o subgrupo acima dos 60 anos. Já outro estudo de 2003 relata que 87% dos pacientes sob análise foram diagnosticados como hipertensos no Canadá, sendo esse o país que apresenta os melhores indicadores no mundo quanto a este quesito (CAMPBELL *et al.*, 2003). Os dados sobre a qualidade na conduta relacionada ao acompanhamento dos pacientes hipertensos surpreenderam, pois 82% dos pacientes faziam tratamento e apresentavam a HAS controlada 66%. Esses dados representam, portanto, o topo mundial no quesito da qualidade quanto a conduta do acompanhamento dos usuários hipertensos.

Entretanto, nesse mesmo estudo, verificou-se que 15,7% dos pacientes que faziam tratamento para a HAS, mas conseguiam manter a PA sob controle. Os avanços quanto a essa importante melhoria no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão foi atribuída à implementação de um sistema de Saúde baseado na Atenção Básica (AB) e ao programa de educação permanente dirigido aos profissionais de saúde da AB, “*The Canadian Hypertension Education Program*” (CAMPBELL *et al.*, 2003; MCLISTER, 2006; ONYSKO *et al.*, 2006).

Esses autores acreditam que esse modelo de educação permanente pode ser generalizado para os diversos países, assim como as medidas gerais adotadas para o controle dos fatores de risco que o programa propõe. Mesmo com a melhoria impressionante desses indicadores, os autores comentam que há muito para ser realizado e descoberto em relação ao controle e a promoção da saúde das pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão descontrolada, ou essa ainda não foi diagnosticada (CAMPBELL *et al.*, 2003; MCLISTER, 2006; ONYSKO *et al.*, 2006).

No Brasil, os desafios para o controle e a prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, direcionadas às equipes da Atenção Básica. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe o estabelecimento de vínculo com a comunidade e os pacientes da área de abrangência, levando-se em consideração o perfil da população e respeitando-se a diversidade racial, cultural,

religiosa e os fatores sociais envolvidos nesse contexto. O Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações no estilo de vida, consideradas fundamentais para o processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividades físicas, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool, são os principais fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados no manejo da HAS, pois sem se trabalhar sobre esses fatores o alcance dos níveis pressóricos desejados para a PA não serão atingidos, mesmo adotando-se o uso de doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática assistencial e de cuidados centrada na pessoa, e, conseqüentemente, envolver os usuários dos serviços de saúde e seus cuidadores na definição e implementação das estratégias de controle da hipertensão, tanto em nível individual quanto coletivo.

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de atenção básica, um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS, e, nesse sentido, existem grandes dificuldades para realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas dos serviços de saúde da atenção básica, 90% da população adulta consulta pelo menos uma vez ao ano com o seu médico de família (SHARMA *et al.*, 2004). Mesmo assim, existem também nesses serviços as dificuldades para diagnosticar e os pacientes prosseguirem com o tratamento (OLIVERIA *et al.*, 2002; SHARMA *et al.*, 2004; GRANDI *et al.*, 2006; MARQUEZ CONTRERAS *et al.*, 2007; BONDS *et al.*, 2009; OGEDEGBE, 2008).

A literatura sugere que ao estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da atenção básica, seja possibilitada 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 quanto a 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 assistenciais em relação a esses problemas (CAMPBELL *et al.*, 2003; DROUIN, 2006; ONYSKO *et al.*, 2006; BONDS *et al.*, 2009).

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) se a média das três medidas da PA forem iguais ou maiores que 140/ 90mmHg, o diagnóstico da HAS é confirmado, e o paciente deverá ter uma consulta médica agendada para que possa iniciar o tratamento e o acompanhamento da doença. Assim são previstas as seguintes condutas:

- Prevenção primária e reavaliação em um ano.
- Retorno em seis meses para reavaliação.
- Retorno em três meses para reavaliação.
- Consulta médica para iniciar o acompanhamento da Hipertensão Arterial.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A principal finalidade do projeto de intervenção foi designar os responsáveis junto ao projeto e estabelecer os prazos para cumprimento das metas previstas.

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento na execução de todas as ações definidas para implementação, assim deverá também contar com o apoio de outras pessoas. A seguir é apresentado um quadro descrevendo as operações, resultados, produto, ações estratégicas, responsáveis e prazos relacionados no Quadro 3.

Quadro 3 – Plano de ação.

Operações	Resultados Esperados	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<ul style="list-style-type: none"> • Modificar hábitos de vida. 	Diminuição no número de hipertensos sedentários, obesos, tabagistas e alcoólicos.	<ul style="list-style-type: none"> – Aumento do número de consultas programadas e visitas domiciliares. – Implementação de um programa de caminhadas. – Realização de uma campanha educativa na rádio local. 	Apresentação do projeto de intervenção junto à Secretaria de Saúde.	Médico e enfermeira	<p>Janeiro/ 2016 até junho/ 2016.</p> <p>Fevereiro/ 2016 a março/ 2016.</p> <p>Janeiro/ 2016.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o nível de informação sobre a Hipertensão Arterial. 	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial e suas complicações.	<ul style="list-style-type: none"> – Palestras Educativas abordando a Hipertensão Arterial. – Campanhas Educativas na rádio local. – Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. – Grupos Operativos. 	Apresentação do projeto de intervenção junto à Secretaria de Saúde.	Médico, enfermeira técnico de enfermagem.	<p>Janeiro/ 2016 até março/ 2016.</p> <p>Janeiro/ 2016 até abril/ 2016.</p> <p>Janeiro/ 2016 até março/ 2016.</p> <p>Janeiro/ 2016 até março/ 2016.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar o processo de trabalho. • Organizar a agenda de trabalho. • Realizar a busca ativa dos pacientes hipertensos. 	<p>Aumento do número de diagnósticos para o controle dos pacientes hipertensos.</p> <p>Conscientização da população sobre os riscos da Hipertensão.</p> <p>Agenda de trabalho organizada.</p> <p>Aumento do número de pacientes hipertensos pesquisados ou controlados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Maior número de pacientes avaliados. – Programação das atividades de trabalho de todos os meses. – Aumento no número de visitas domiciliárias. 	Implementação do projeto.	Equipe de Saúde.	<p>Janeiro/ 2016 até abril/ 2016.</p> <p>Primeira semana de cada mês.</p> <p>Janeiro/ 2016 até junho/ 2016.</p>

Quadro 4 – Operações sobre os nós críticos relacionados ao problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, da população sob responsabilidade do PSF. “Aloisio Augusto de Resende”, Ritópolis/ MG.

Nó crítico 1	Maus hábitos dietéticos.
Operação	Estabelecer práticas de identificação precoce dos pacientes com maus hábitos dietéticos.
Projeto	“Alimentação saudável, vida confiável”.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Maior substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis para os alimentos saudáveis. • Redução do consumo dos alimentos menos adequados. • Conscientização sobre a alimentação e nutrição adequadas enquanto direitos humanos universais. • População consciente sobre o que é uma alimentação saudável e que seu custo não é alto. • Melhora dos dados relacionados ao peso dos pacientes saudável, incentivada por meio de mensagens positivas.
Produtos esperados	Melhora dos hábitos dietéticos da população.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde/ responsáveis pelas consultas, palestras e da reprodução do material audiovisual.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Mobilização da população que é alvo do projeto.</p> <p>Cognitivo: Informações sobre todas as estratégias para a realização das atividades.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para a elaboração das palestras e reprodução do material audiovisual.</p> <p>Político: Espaço para divulgação na rádio local.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para elaboração e execução do projeto.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação	Palestras educativas na rádio local, palestras educativas sobre hábitos alimentares e estilo de vida adequado, reprodução e entrega de materiais informativos.
Responsáveis:	Médico, Enfermeira, Técnica de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde.
Cronograma / Prazo	Início: janeiro/ 2016 até julho/ 2016 (6 meses).
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reunião mensal da equipe de saúde.

Quadro 5 – Operações sobre os nós críticos relacionados ao problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, da população sob responsabilidade do PSF. “Aloisio Augusto de Resende”, Ritópolis/ MG.

Nó crítico 2	Estilo de vida sedentário pela maioria da população da área de abrangência.
Operação	Estabelecer práticas educativas direcionadas aos pacientes com estilo de vida sedentário.
Projeto	“Atividade física para uma vida melhor”.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da obesidade. • Prevenção de doenças coronárias. • Maior independência pelas pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo: o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação. • Oferta de atividade física realizada regularmente para a melhora da condição física e a saúde do coração.
Produtos esperados	Melhora no estilo de vida da população considerado inadequado.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde/ responsáveis das consultas, palestras e da reprodução de material audiovisual.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Mobilização da população que é alvo do projeto.</p> <p>Cognitivo: Informações sobre todas as estratégias para a realização das atividades.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para a elaboração das palestras e reprodução do material audiovisual.</p> <p>Político: Espaço para divulgação na rádio local.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para elaboração e execução do projeto.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação	Palestras educativas na rádio local, palestras educativas presenciais abordando o tema “estilo de vida adequado”, reprodução de material audiovisual na sala de espera da unidade de saúde, distribuição de folhetos, criação de grupos de academia e bailoterapia para pessoas idosas. Estimular e promover momentos de atividade física e caminhadas.
Responsáveis:	Médico, Enfermeira, Técnica de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde.
Cronograma / Prazo	Início: janeiro/ 2016 até julho/ 2016 (6 meses).
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reunião mensal da equipe de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, assim como outras doenças crônicas não-transmissíveis, apresenta alta taxa de prevalência e um reduzido controle, de forma adequada, no âmbito da Atenção Básica. Sendo muito importante o diagnóstico precoce e o controle adequado da HAS por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Propostas direcionadas ao planejamento de intervenções para serem desenvolvidas na atenção básica são fundamentais para contribuir no controle das afecções crônicas e diminuir a ocorrência de eventos cardiovasculares pela população com Hipertensão Arterial. Estas propostas de intervenção compreendem o delineamento dos recursos necessários para o seu desenvolvimento, os quais possuem custo financeiro elevado se comparados com os benefícios sociais e econômicos que podem ser gerados.

A infraestrutura para o desenvolvimento desse tipo de proposta de intervenção constitui-se com o espaço físico e a atuação da própria equipe do PSF, pois esses recursos humanos compreendem profissionais que podem atuar de forma capacitada e qualificada, bem como a disposição de recursos materiais que são necessários para sua elaboração e implementação de baixo custo.

É importante destacar que esta proposta de intervenção é dotada de possibilidades que são viáveis de implementar e executar, e assim se propiciar melhora na qualidade de vida dos pacientes com HAS.

Com os resultados advindos desta proposta de intervenção pretende-se diminuir a incidência e prevalência de pacientes hipertensos na área de abrangência do PSF. “Aloísio Augusto de Resende”, a partir do desenvolvimento do diagnóstico, tratamento e educação em saúde junto a população local direcionado ao manejo dos fatores de risco presentes, desde as idades mais jovens, prevenindo-se o surgimento e evolução da Hipertensão Arterial e outras doenças cardiovasculares, as complicações resultantes, e redução das internações nos hospitais por urgências e emergências hipertensivas. Além disso, essa proposta de intervenção possui potencial para aumentar o conhecimento e conscientização dos pacientes sobre a hipertensão.

REFERÊNCIAS

- BONDS, D. E. *et al.* A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial: Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica n. 15).
- CAMPBELL, N R. C. *et al.* Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.
- CHOBANIAN, A. V. (Org). **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.
- DROUIN, D M. D. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program. **Canadian Journal of Cardiology**, Ontario, Canada, v. 22, n. 7, p. 595-599, may, 2006.
- DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GRANDI, A. M. *et al.* Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 out. 2012. Versão 2.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico. População 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 05 maio. 2016.
- LEENEN, F H. H. *et al.* Results of the Ontario Survey on the Prevalence and Control of Hypertension. **Canadian Medical Association Journal (CMAJ)**, Canada, v. 178, n. 2, p 1441-1449, may, 2008.
- MARQUEZ, CONTRERAS, E. *et al.* Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Na Med Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MCLISTER, F. A. **The Canadian Hypertension Educativ Program: a unique Canadian initiative.** [S.I.]: Canadian Journal Cardiology, 2006.

MOHAN, S; CAMPBELL, N, R. C. Hypertension management in Canada: good news, but important challenges remain. **Canandian Medical Association Journal (CMAJ)**, Canada, v. 178, n. 3, p. 1458-1459, may, 2008.

O PORTAL DE TIRADENTES E REGIÃO. **Região das Vertentes, Ritápolis.** Disponível em: <<http://www.tiradentes.net/ritapolis.htm>>. Acesso em: 8 aug. 2016.

OGEDEGBE, G. Barriers to optimal hypertension control. **Journal of Clinical Hypertension**, Greenwich, v. 10, n. 8, p. 644-646, aug. 2008.

OLIVERIA, S A. *et al.* Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. **Arch Intern Med**, USA, v. 162, n. 4, p. 413-420, feb. 2002.

ONYSKO, J. *et al.* Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare profesional education program. **Hypertension**, USA, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006.

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

SHARMA, A. M. *et al.* High prevalence and poor control of hypertension in primary care: crosssectional study. **J. Hypertension**, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

VIGITEL BRASIL 2011. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2012.

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