

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

PEDRO RICARDO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO
DE HIPERTENSOS NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA DO SALTO, MINAS GERAIS**

PEDRA AZUL/MINAS GERAIS

2016

PEDRO RICARDO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO
DE HIPERTENSOS NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA DO SALTO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora Prof.^a Salime Cristina Hadad

PEDRA AZUL/MINAS GERAIS

2016

PEDRO RICARDO SÁNCHEZ GONZÁLEZ

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO
DE HIPERTENSOS NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA DO SALTO, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Examinador 1- Prof.^a Salime Cristina Hadad- Orientadora

Examinador 2 – Prof.^a Kátia Ferreira Costa Campos - EEUFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

À minha família,

A todos meus orientadores durante o Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família pela oportunidade e pela ajuda incondicional,

À Salime Cristina minha orientadora por sua dedicação,

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é classificada como uma doença crônica, de natureza multifatorial e é fator de risco para outras doenças, como as cardiovasculares. É uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido ao seu risco e dificuldade de controle. É considerada a principal causa de morte no Brasil segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão. A equipe do Programa de Saúde da Família do município de Santa Maria do Salto no Estado de Minas Gerais utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional para levantar os problemas da comunidade e eleger o problema prioritário para intervenção. A partir do conhecimento das consequências da hipertensão na saúde da população do município, o tema escolhido foi a alta incidência de hipertensos no município. Traçou-se como objetivo geral: a redução do número de pacientes com Hipertensão Arterial na população do município, para o qual foi elaborado um plano de intervenção. Na revisão bibliográfica para o tema deste trabalho foram utilizados livros, artigos e publicações de agências governamentais como Ministério de Saúde, além dos módulos de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e Iniciação à Metodologia Científica do curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. A Proposta de Intervenção busca modificar hábitos e estilos de vida, aumentar o nível de conhecimento da população sobre a doença e suas complicações, corrigir os tratamentos farmacológicos inadequados, melhorar a organização dos serviços para atendimento a pacientes hipertensos com qualidade, melhorar a abordagem da equipe em relação aos pacientes hipertensos e finalmente lograr a redução do número de pacientes hipertensos no município de Santa Maria do Salto, com uma melhoria da qualidade de vida sem deterioração das suas condições e uma redução dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade e o sistema de saúde.

Palavras chave: Hipertensão Arterial; Fatores de Risco; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is classified as a chronic, multifactorial nature and it is a risk factor for other diseases, such as cardiovascular. It is a highly prevalent disease considered a public health problem worldwide due to its risk and control difficulties. It is considered the leading cause of death in Brazil according to the Brazilian Society of Hypertension. The Health Family Program team of Santa Maria do Salto in the Minas Gerais State used the Situational Strategic Planning method to raise the community's problems and elect a priority issue for an intervention proposal. From the knowledge of hypertension consequences on the health of the municipality population, the theme was the high incidence of hypertension in the municipality. It was plotted as a general objective the decrease in the number of hypertensive patients. It was elaborated an intervention plan with the aim of reducing the number of hypertensive patients in the county. In the literature review of this work were used books, articles and publications from government agencies such as the Ministry of Health, in addition to modules for Planning and Evaluation of Health Actions and Introduction to Scientific Methodology Specialization Course in Family Health Strategy. With the Proposal of Intervention seeks to change habits and lifestyles, increase the population's level of knowledge about the disease and its complications, correct the inadequate pharmacological treatments, improve the organization of services to care for hypertensive patients with quality, improve team approach in relation to hypertensive patients and ultimately achieve the reduction in the number of hypertensive patients in the municipality of Santa Maria do Salto, with a improving the quality of life without deterioration of their conditions and a reduction in monetary costs for the individual, family, society and the health system.

Keywords: Hypertension; Risk Factors; Health Education; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário da Saúde

CEESF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

COPANOR - COPASA Serviços de Saneamento Integrado do Norte e Nordeste de Minas Gerais S/A (empresa subsidiária da COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais)

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV - Doenças Cardiovasculares

ECG - Eletrocardiograma

ESF - Equipe da Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HTA - Hipertensão Arterial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG - Minas gerais

NESCON - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SBC - Sociedade Brasileira Cardiologia

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica da Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS E TABELAS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Quadro 1 | Morbidade referida na área de abrangência da equipe, bairro Planalto, município de Santa Maria do Salto, Minas Gerais, 2014..... | 14 |
| Tabela 01 | Distribuição dos óbitos de residentes por faixa etária, na área de abrangência da equipe de saúde da família, município de Santa Maria do Salto, Minas Gerais, 2014..... | 14 |
| Quadro 2 | Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico Situacional do município Santa Maria do Salto, Minas Gerais, 2014..... | 15 |
| Quadro 3 | Desenho das operações para os “Nós Críticos” do problema alta incidência de hipertensos no município Santa Maria do Salto, Minas Gerais..... | 26 |
| Quadro 4 | Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema alta incidência de hipertensos no município Santa Maria do Salto, Minas Gerais..... | 28 |
| Quadro 5 | Propostas de ações para motivação dos atores..... | 29 |
| Quadro 6 | Plano Operativo..... | 30 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.2 Recursos de saúde..... | 11 |
| 1.2.1 O controle social em saúde no município..... | 12 |
| 1.2.2 Saúde da Família no município..... | 13 |
| 1.3. Aspectos Epidemiológicos..... | 13 |
| 1.3.1. Morbidade hospitalar..... | 13 |
| 1.3.2. Morbidade referida..... | 13 |
| 1.3.3. Mortalidade..... | 14 |
| 1.3.4 Indicadores de cobertura..... | 15 |
| 1.4. Identificação do problema..... | 15 |
| | |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 17 |
| | |
| 3. OBJETIVO..... | 19 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 19 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 19 |
| | |
| 4. METODOLOGIA..... | 20 |
| | |
| 5. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 21 |
| 5.1. Tratamento da Hipertensão Arterial..... | 21 |
| | |
| 6. PLANO DE INTERVENÇÃO..... | 25 |
| 6.1 Seleção dos “nós críticos”..... | 25 |
| 6.2 Desenho das operações..... | 25 |
| 6.3 Identificação dos recursos críticos..... | 28 |
| 6.4 Análise de viabilidade do plano..... | 28 |
| 6.5 Elaboração do plano operativo..... | 29 |
| 6.6 Gestão do plano..... | 31 |
| | |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 32 |
| REFERÊNCIAS..... | 33 |

1. INTRODUÇÃO

O município de Santa Maria do Salto está localizado na região Nordeste de Minas Gerais, no Vale do Jequitinhonha, ocupa 440,605km² de área e dista 814 km da cidade de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais (MG). Possui limites com os municípios mineiros de Jacinto, Salto da Divisa e Santo Antônio do Jacinto e com o município baiano de Itagimirim (BRASIL, 2015).

A população do município em 2015 é de 5.393 habitantes, segundo estimativas do IBGE (BRASIL, 2015), sendo 48,5% corresponde ao sexo feminino e 51,5% ao sexo masculino. A densidade demográfica é de 11,99 habitantes por km², sendo maior a concentração populacional na zona urbana (70,82%) em relação a zona rural (29,18%). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,613 situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio, a dimensão que mais contribui foi longevidade, seguida de renda e de educação (BRASIL, 2015). O número de domicílios e de famílias é de aproximadamente 2.043 (SIAB 2014).

A população utiliza rede pública para abastecimento da água da empresa COPANOR, sendo que 87,9% dos domicílios possuem água tratada (PNUD, IPEA, FJP, 2015). A população da área rural utiliza água de poços artesianos. Entre os domicílios do município 54,0% possuem rede de esgoto. A outra parte do mesmo afirma não ter sistema de esgoto em casa, ou seja, o esgoto é a céu aberto e fossas.

Entre as atividades industriais do município, predominam-se no setor de agropecuária, extração vegetal e pesca e bovinocultura de leite voltada basicamente para o consumo interno. O comércio baseia-se em lojas de tecidos, mercearias, padarias, bares, posto de combustível, móveis e vendedores ambulantes (BRASIL, 2015).

Em relação aos aspectos religiosos, contam com uma igreja católica e várias igrejas evangélicas ao todo são nove, sendo que a maior parte da comunidade é católica, segundo relatos dos moradores.

Conforme relato dos moradores a cidade não possui muitas fontes de lazer e aproveitam o que tem como podem. As crianças se divertem nas ruas jogando bola e em passeios realizados pelas escolas. Os adultos adolescentes e até mesmo as crianças frequentam muito lanchonetes na praça principal nos fins de semanas. O

município também conta com campo de futebol gramado, quadros poliesportivos, eventos de esportes como campeonatos, festas típicas como festa Junina, festa de São João, comemoração de fim de ano com festas de aniversário da cidade.

No município a prestação de serviço de energia elétrica é provida pela CEMIG, o serviço de telefonia fixa e móvel pela operadora Oi. Há um posto dos Correios com Banco Postal (Banco do Brasil), uma casa lotérica e uma filial do Banco Bradesco.

1.2 Recursos de saúde

A rede municipal de saúde de Santa Maria do Salto é em sua totalidade pública. O município se articula com os municípios de Jacinto, Almenara, Jequitinhonha, Itaobim, Teófilo Otoni e Belo Horizonte para prestação de serviços hospitalares, de apoio-diagnóstico, de especialidades e urgência/emergência. A realização da Programação Pactuada Integrada e seu acompanhamento tem sido um instrumento importante na definição/redefinição dessa oferta de serviços articulada. A população utiliza as redes assistenciais do SUS, o Consórcio de Saúde de Jacinto e há contratação de alguns profissionais de saúde para atendimento das especialidades médicas.

A rede ambulatorial municipal conta com duas unidades de saúde na área urbana e dois locais de atendimento na área rural.

A Rede Viva Vida na microrregião tem sede no município de Jequitinhonha, utiliza os seus serviços na Atenção à Saúde da Criança e da Mulher.

Na Saúde da Criança se tem como rotina o encaminhamento, para os serviços que são ofertados, como acompanhamento de criança menor de um ano de alto risco e na Saúde da Mulher realiza o atendimento de pré-natal de alto risco em um ambulatório especializado, contando como equipe: médico obstetra, nutricionista e enfermeira. O maior problema da Microrregião é não ter uma maternidade de alto risco como referência na microrregião. Podem-se observar indicadores satisfatórios quanto à cobertura vacinal, aleitamento materno e consultas de pré-natal.

O município conta com o atendimento feito pelos hospitais dos municípios de Jacinto, Almenara, Jequitinhonha, Itaobim, Teófilo Otoni e Belo Horizonte, para atendimento aos usuários do SUS nas clínicas cirúrgica, obstétrica, médica, pediátrica.

O primeiro atendimento é realizado na Unidade Mista de Saúde que em seguida encaminha os pacientes que necessitam de internação para os hospitais da rede assistencial do SUS nos municípios Jacinto e Almenara. Também conta com retaguarda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU macrorregional, mas, não tem base instalada no município, sendo a mais próxima no município de Jacinto a aproximadamente 40 km de distância.

A Assistência Farmacêutica possui elenco de aproximadamente 200 fórmulas farmacêuticas, incluindo os medicamentos de urgência. O município conta com uma Farmácia Central que dispensa medicamentos básicos e relacionados aos Programas de saúde, a programação dos medicamentos é feita na estimativa quantitativa para atender a demanda da rede de saúde, a assistência possui normas e procedimentos de dispensação onde visa à distribuição racional garantindo o cumprimento das prescrições, orientando quanto ao uso correto dos medicamentos, valorizando o acolhimento e a humanização da Assistência.

Os serviços de apoio diagnóstico são prestados por unidades e laboratórios contratados, para atendimento dos exames especializados.

A reabilitação é realizada pelo Serviço Municipal de Fisioterapia, localizado na sede do município, com atendimento em patologias neurológicas, ortopédicas, respiratórias e reumáticas.

1.2.1. O controle social em saúde no município

O controle social em Santa Maria do Salto é exercido através do Conselho Municipal de Saúde, e das Conferências Municipais de Saúde. O Conselho, criado pela lei 308/91 é formado por 09 (nove) membros titulares e igual número de suplentes, sendo e 05 (cinco) representantes dos usuários e 04 (quatro) representantes do poder executivo. O Conselho conta com uma infraestrutura composta por linha telefônica, computador, impressora e acesso a internet, as reuniões são marcadas quinzenalmente ou mensalmente e quando necessário existem convocações extraordinárias para falar sobre os problemas de saúde do município.

1.2.2 Saúde da Família no Município

O município organizou seus serviços da seguinte forma: implantou 02 Equipes de Saúde da Família (ESF) que cobrem 100% da população com a Estratégia Saúde da Família. O atendimento odontológico é realizado por duas equipes inseridas no PSF área Urbana. As Equipes de Saúde da Família estão compostas por: um cirurgião dentista; uma enfermeira, um médico generalista, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos de saúde bucal, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A equipe atende a população local por meio das atividades de visitas domiciliares de ACS e de técnicos de enfermagem; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e, se possível e necessário, no domicílio; grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; aplicação de flúor nas crianças da escola local, com supervisão de escovação; agendamento de consultas para especialidades e exames diariamente; entrega de medicamentos, também ECG, prevenção do câncer do colo do útero e de mama, vacinação, teste do pezinho, exame de toxoplasmose, teste de glicemia, atendimento de urgência e observação, procedimentos de enfermagem (técnicos) e acolhimento e triagem do paciente.

1.3. Aspectos Epidemiológicos

1.3.1. Morbidade hospitalar

Em 2014 ocorreram 254 hospitalizações de usuários da área de abrangência da Equipe Santa Maria do Salto, sendo 71 por gravidez, parto e puerpério; 21 por doenças do aparelho circulatório; 17 por doenças do aparelho respiratório; 12 por acidentes com animais peçonhentos, sendo 09 acidentes com serpentes e 03 acidentes com escorpiões em crianças, 07 por neoplasias e 126 por outras causas (SANTA MARIA DO SALTO, 2014).

1.3.2. Morbidade referida

De acordo com alguns moradores os principais problemas de saúde na população na área adstrita são as doenças respiratórias, crianças que adoecem em sua maioria por pneumonia, gripe, alergias e diarreia e doenças parasitárias. A

Hipertensão Arterial, o Diabetes e o Alcoolismo foram os principais problemas de saúde referidos (SANTA MARIA DO SALTO, 2014).

Quadro 1 - Morbidade referida na área de abrangência da equipe, bairro Planalto, município de Santa Maria do Salto, Minas Gerais, 2014.

| Morbidade referida | Número de pessoas |
|----------------------|-------------------|
| Alcoolismo | 29 |
| Deficiência | 14 |
| Epilepsia | 11 |
| Diabetes | 63 |
| Hipertensão Arterial | 675 |
| Tuberculose | 01 |
| Hanseníase | 02 |

Fonte: SANTA MARIA DO SALTO. 2014.

1.3.3. Mortalidade

As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família foram as doenças do aparelho circulatório (11); doenças do aparelho respiratório (08); causas externas (04); neoplasias (7), outras causas (4) (SIM, 2014). No município de Santa Maria do Salto no ano de 2014, as causas de mortalidade em maiores de 15 anos foram 34,3% devido às afecções cardiovasculares (SIAB 2014).

Tabela 01- Distribuição dos óbitos de residentes por faixa etária, na área de abrangência da equipe de saúde da família, município de Santa Maria do Salto, Minas Gerais, 2014.

| Faixa etária | Número de óbitos |
|-----------------|------------------|
| Menos de 01 ano | 02 |
| 1 a 04 anos | 03 |
| 5 a 14 anos | 01 |
| 15 a 49 anos | 07 |
| 50 a 59 anos | 05 |
| 60 anos e mais | 16 |
| TOTAL | 34 |

Fonte: SANTA MARIA DO SALTO, 2014 – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

1.3.4 Indicadores de cobertura

Durante o ano de 2014, foram realizadas 6240 consultas médicas; 5200 atendimentos individuais de enfermeiro; 1820 curativos; 2454 injeções; 287 consultas de pré-natal (médico e enfermeiro). Em relação aos hipertensos da área de abrangência, a equipe conseguiu realizar duas consultas ano e sete reuniões de grupo com 56% dos 875 hipertensos diagnosticados. A cobertura de consulta para diabético foi de três consultas/ano para 100% dos 63 diabéticos diagnosticados (SIAB, 2014).

1.4. Identificação do problema

A definição do problema foi realizada após a aplicação do diagnóstico situacional realizado no município de Santa Maria do Salto, com base nos dados secundários observados no SIAB, sistema de informação do município, Ficha A, entrevistas com informantes chaves do município, busca ativa dos agentes comunitários de saúde e reuniões da equipe. Os principais problemas de saúde da população adscrita observados foram: alta incidência de Hipertensão Arterial (HTA); alto índice de alcoolismo e de fumantes; alta prevalência de parasitismo Intestinal; alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos; baixa cultura sanitária e baixo nível econômico da população.

Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico Situacional do município Santa Maria do Salto, Minas Gerais, 2014.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| 1-Alta incidência de hipertensos descontrolados | ALTA | 7 | PARCIAL | 1 |
| 2-Alto índice de alcoolismo | ALTA | 7 | PARCIAL | 3 |
| 3-Alto índice de Fumantes. | ALTA | 7 | PARCIAL | 2 |
| 4-Alto índice de parasitismo intestinal. | ALTA | 6 | PARCIAL | 5 |
| 5-Alto consumo de ansiolíticos e | ALTA | 6 | PARCIAL | 4 |
| 6-Baixa cultura sanitária da população. | ALTA | 5 | PARCIAL | 6 |
| 7-Baixo nível econômico da população. | ALTA | 4 | PARCIAL | 7 |

*Valor conforme prioridade numa escala de 0 a 10

Ao identificar os principais problemas, foi realizada uma avaliação tendo em conta a importância, urgência e a capacidade de enfrentar os mesmos, como se mostra no Quadro 2. Diante da existência de 875 pacientes hipertensos diagnosticados, que representa 21,6 % da população maior de 15 anos, o problema escolhido pela equipe foi alta incidência de hipertensos descontrolados no município.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Brito, Pantarotto e Costa (2011) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido ao seu risco e dificuldade de controle. É, também, classificada como uma doença crônica, de natureza multifatorial, em muitos casos de curso assintomático, que leva a dificultar o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento.

Camargo e Bastos (2011) colocam que a hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular por apresentar alta prevalência e ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2010), as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil.

Em uma população pode-se medir o impacto da hipertensão arterial descontrolada através da aparição das complicações como, acidente vascular cerebral, isquemias cardíacas, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e isquemia vascular periférica. Influem muitos fatores para que uma pessoa seja hipertensa, por exemplo, hábitos e estilos de vida inadequados e ineficiência na divulgação sobre: prevenção, fatores de riscos, complicações e conseqüências da hipertensão Arterial (HTA), outros favorecem ao descontrole dos pacientes já diagnosticados, não somente da não adesão ao tratamento, também inadequação da droga, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, resistência ao tratamento, efeitos adversos, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde e, dificuldade do acesso ao sistema de saúde.

O controle da hipertensão arterial inclui o acesso à atenção básica de saúde e o atendimento de boa qualidade dos programas de saúde com participação ativa do paciente, da família, a comunidade e dos profissionais da saúde que possibilita a melhoria da qualidade de vida sem deterioro das suas condições e uma redução dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade e o sistema de saúde.

O controle da hipertensão arterial inclui o acesso à atenção básica de saúde e o atendimento de boa qualidade dos programas de saúde com participação ativa do paciente, da família, a comunidade e dos profissionais da saúde que possibilita a

melhoria da qualidade de vida sem deterioro das suas condições e uma redução dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade e o sistema de saúde.

São os profissionais de saúde os mais próximos e mais influentes da população e porem os que mais contribuem nas práticas de saúde da população por isso é necessário que estejam devidamente capacitados para intervir nos hábitos e estilos de vida. O papel educativo dos profissionais de saúde é um grande aliado para informar a população sobre os riscos para a saúde.

O elevado número de hipertensos diagnosticados e o grande número de pacientes que ficam sem controle adequado de sua pressão arterial, aliados aos riscos e consequências da Hipertensão Arterial levaram à escolha desse tema para a elaboração do projeto de intervenção.

Brito, Pantarotto e Costa (2011) afirmam que a mudança no estilo de vida, com alimentação equilibrada, redução do consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, dentre outras, é de fundamental importância para o controle da hipertensão arterial, e redução do risco de morbi-mortalidade global por doença cardiovascular.

A equipe tem o entendimento de que o controle da hipertensão arterial é uma responsabilidade da Atenção Primária à Saúde e que se faz necessário uma intervenção no sentido de modificar hábitos e estilos de vida, aumentar o nível de conhecimento da população sobre a doença e suas complicações, corrigir os tratamentos farmacológicos inadequados, melhorar a estrutura dos serviços para atendimento aos pacientes hipertensos com qualidade, melhorar a abordagem da equipe em relação aos pacientes hipertensos e finalmente lograr a redução do número de pacientes hipertensos no município de Santa Maria do Salto, com uma melhoria da qualidade de vida sem deterioração das suas condições e uma redução dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade e o sistema de saúde.

Espera-se com esse trabalho contribuir para a redução do número de hipertensos do município de Santa Maria do Salto e, os danos ocasionados à saúde e à sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com foco na redução do número de hipertensos que não têm controle da doença, por meio da modificação de hábitos e estilos de vida dos pacientes, melhor abordagem da equipe em relação aos pacientes hipertensos no município de Santa Maria do Salto, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Estudar os fatores de risco associados à Hipertensão arterial;
- Reorganizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde na abordagem e monitoramento dos pacientes hipertensos;
- Estruturar ações com foco na mudança de hábitos e estilos de vida inadequados dos hipertensos da população atendida.

4 METODOLOGIA

A Equipe de Saúde da Família do PSF Santa Maria do Salto – MG realizou o diagnóstico situacional baseado no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010).

Para levantar os problemas da comunidade e eleger o problema prioritário para o plano de intervenção, os dados foram coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entrevista com informantes chaves do município e reuniões da equipe.

A pesquisa bibliográfica foi realizada com o objetivo de dar sustentação teórica à proposta de intervenção. Para a revisão bibliográfica utilizou-se os descritores: Hipertensão arterial, fatores de risco, educação em saúde, atenção primária de saúde. Foram catalogados livros, artigos e publicações de agências governamentais como Ministério de Saúde, além dos módulos de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e Iniciação à Metodologia: textos científicos disponíveis na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido por níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade. Porém a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial. A hipertensão arterial ocorre quando a pressão está acima do limite considerado normal, que, na média, a pressão sistólica se encontra em 120 mmHg e a diastólica em 80 mmHg, ou seja, 12x8. Valores inferiores a 14x9 podem ser considerados normais a critério médico (ABRANCHES, 2013).

De acordo à Jardim (2007), tanto fatores ambientais como genéticos podem contribuir para as variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como na prevalência da hipertensão.

Camargo e Bastos (2011) entendem que a hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular por apresentar alta prevalência e ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores.

A hipertensão arterial sistêmica é o mais evidenciado fator de risco para a mortalidade e, a terceira causa mais importante de anos de vida com incapacidade no mundo (LIMA-COSTA et al., 2009). Também, a HAS está relacionada à metade das ocorrências por doenças isquêmicas cardíacas e acidente vascular encefálico, 47% e 54%, respectivamente. Ainda, se encontra associada a altos custos socioeconômicos para a sociedade, família e o próprio indivíduo, além de gerar 40% das aposentadorias precoces no Brasil (LAWES et al., 2008).

Apesar de a hipertensão arterial sistêmica representar fator de risco independente e contínuo para a doença cardiovascular, ela não ocorre isoladamente. A maioria dos hipertensos possui outros fatores de risco e sua concomitância aumenta o risco cardiovascular. No entanto, como muitos dos fatores são modificáveis, as recomendações para a prevenção e o controle da hipertensão arterial contemplam a abordagem dos múltiplos fatores de risco apresentados pelo indivíduo, incluindo-se nos comportamentos desejados de saúde (MANCIA et al., 2007).

Segundo Mantovani et.al. (2008) a hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, sejam elas na esfera psicológica (sensação de impotência, de medo), familiar (deixar de viajar com a família), social (isolamento, perda das atividades de lazer) ou econômica (deixar de trabalhar, aposentadoria), e pela possibilidade de agravos em longo prazo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) destaca que as doenças crônicas estão na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população. No Brasil, a situação não é diferente. É de se considerar que a hipertensão arterial causa várias complicações no sistema circulatório, gera hipertrofia do ventrículo esquerdo e espessamento atípico do músculo cardíaco.

Este fato é resultante de uma sobrecarga causada pelo aumento da pressão arterial, e pode levar ao infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, derrame cerebral, angina do peito, e arritmias cardíacas.

Malta, Morais Neto e Silva Júnior (2011) destacam que os principais fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, o sobrepeso e a obesidade, a elevada prevalência de hipertensão arterial e o colesterol alto.

Schmidt et al. (2011) enfatizam que no Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população de desenvolvimento de doenças crônicas.

5.1. Tratamento da Hipertensão Arterial

Conforme Car et al. (1991), o tratamento para a hipertensão arterial inclui desde o uso de medicamentos até a modificação dos hábitos de vida. A falta de controle da hipertensão arterial é a maior responsável pelo aumento de risco para levar a outras doenças relacionadas, e o tratamento medicamentoso somado a mudança no estilo de vida, reduz gradativamente o risco de eventos cardiovasculares.

É muito importante o tratamento da hipertensão para melhorar a qualidade de vida. Em geral, os pacientes não comparecem às consultas agendadas e não aceitam as mudanças no estilo de vida, como alimentar-se de forma saudável, reduzir o consumo de sal e moderar no consumo de álcool, abandonar o tabagismo realizar atividade física etc.

Conforme Victor et al. (2008), a razão da hipertensão não controlada não é clara, e vários estudos de investigação propõem explicações diferentes, incluindo o não cumprimento do tratamento, a idade, o sexo, o estado civil, o custo das drogas, as comorbidades e as causas relacionadas com os sistemas de saúde, entre outras. O descontrole da pressão é notado por meio de alterações físicas, quando sintomática, o que faz o hipertenso se lembrar de fazer uso da medicação (MACHADO et al., 2007).

A não adesão ao tratamento vem sendo relatada por diversos estudiosos há tempos. De acordo com Car et al. (1991 p. 259-69), umas das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento.

Segundo Pierin, Gusmão e Carvalho (2004) a adesão ao tratamento é um processo comportamental complexo sujeito a diversas influências do meio ambiente, culturais, sociais e dos profissionais de saúde.

É indispensável a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim, as medidas não farmacológicas e os medicamentos utilizados no controle da pressão arterial são fundamentais à prevenção de lesões em órgãos-alvo decorrentes da hipertensão. A adesão é definida como o grau de coincidência entre a prescrição do profissional de saúde e o comportamento do usuário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A adoção de hábitos de vidas saudáveis por todas as pessoas é essencial para a prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial, e esta é indispensável como parte do tratamento (CORRÊA, NAMURA et.al. 2006).

As mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, para os indivíduos com PA limítrofe. As mudanças de estilo de vida reduzem a PA e a mortalidade cardiovascular. Os hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável,

consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

Hopfner e Franco (2010) sugerem que há a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais da saúde e maior ênfase nas medidas para melhorias no controle da HAS pelas equipes das UBS.

Segundo Lessa e Fonseca (1997) a equipe de saúde deve fornecer uma melhor educação e informação sobre a doença e os seus fatores de risco a fim de evitar o desenvolvimento da hipertensão e de quadros cardiovasculares mais complexos e facilitar a adesão ao tratamento por parte do hipertenso.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A definição do problema foi realizada após a aplicação do diagnóstico situacional realizado no município de Santa Maria do Salto, sendo identificados os principais problemas de saúde e realizada uma avaliação tendo em conta a importância, urgência e a capacidade de enfrentar os mesmos. Diante da existência de 875 pacientes hipertensos diagnosticados, que representa 21,6 % da população maior de 15 anos, o problema escolhido pela equipe foi alta incidência de hipertensos descontrolados no município.

6.1 Seleção dos “nós críticos”

Conhecendo a magnitude do problema “Incidência de hipertensos descontrolados” e suas consequências para a saúde da sociedade, passou-se à seleção dos principais nós críticos, abaixo relacionados:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Falta de informação sobre a doença e suas complicações;
- Os serviços de saúde mal organizados;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado;

6.2. Desenho das operações

Para cada nó crítico desenhou-se as operações com os resultados esperados, produtos e recursos necessários, conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3. Desenho das operações para os “Nós Críticos” do problema alta incidência de hipertensos no município Santa Maria do Salto, Minas Gerais.

| Nó Crítico | Operação/ Projeto | Resultados esperados | Produtos | Recursos Necessários |
|---|--|---|---|--|
| Hábitos e estilos de vida inadequados | MAIS SAÚDE Modificar hábitos e estilos de vida | População com melhor qualidade de vida | Campanha educativa na rádio local Caminhadas de grupos de hipertensos Capacitar os Recursos humanos da área de saúde. | Organizacional (para organizar as caminhadas entre outros) Cognitivo (informação sobre o tema para capacitação da equipe) Político (conseguir o espaço na rádio local para realização do programa educativo) Financeiro (para recursos audiovisuais, folhetos educativos) |
| Falta de informação da população sobre os riscos de HAS | INFORMESE JÁ Aumentar o conhecimento da população sobre os riscos de Hipertensão Arterial Sistêmica | População mais informada sobre os riscos de HAS | Recursos humanos capacitados Organização de palestras na comunidade sobre os riscos da HAS. | Cognitivo (informação sobre o tema) Político (conseguir o local e articulação intersetorial, igrejas, escolas,..) Organizacional (Agendamento de palestras) Financeiro (para recursos audiovisuais folhetos e panfletos) |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>Serviços de saúde mal organizados</p> | <p>CUIDAR MELHOR</p> <p>Melhorar a organização do serviço para o atendimento dos pacientes hipertensos</p> | <p>Garantia de acesso a atenção multidisciplinar e multissetorial;</p> <p>Garantia de acesso a medicamentos e encaminhamento para atenção secundária;</p> | <p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Revisão de fluxo de agendamento de consultas na atenção secundária segundo a classificação do risco;</p> <p>Revisão de processo com a Assistência Farmacêutica para garantia da compra e distribuição de medicamentos</p> | <p>Político (decisão de recursos para aquisição de medicamentos, revisão de fluxos entre níveis hierárquicos do SUS)</p> <p>Financeiro (Capacitação de equipe, aquisição de medicamentos, aumento da oferta das consultas)</p> <p>Cognitivo (Elaboração e adequação do plano de acompanhamento a paciente hipertenso)</p> |
| <p>Processo de Trabalho da equipe inadequado, com poucas informações em relação ao paciente Hipertenso</p> | <p>CONVIVER MELHOR</p> <p>Implantar a linha de cuidados para HAS incluindo os mecanismos de referência e contra-referência</p> | <p>Cobertura 100% dos pacientes hipertensos</p> | <p>Linha de cuidados para HAS implantada</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> | <p>Cognitivo (elaboração de o projeto de abordagem aos hipertensos seguindo a Linha de cuidados para HAS)</p> <p>Político (articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais)</p> <p>Organizacional (adequação do fluxo de referência e contra-referência)</p> |

6.3 Identificação dos recursos críticos

É necessária a identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações no enfrentamento dos “nós críticos”. Como se apresenta no Quadro 4.

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema alta incidência de hipertensos no município Santa Maria do Salto, Minas Gerais.

| Operação/Projeto | Recursos Necessários |
|------------------|---|
| MAIS SAÚDE | Político (conseguir o espaço na rádio local para o programa educativo, aprovação do projeto) Financeiro (para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.) |
| INFORME-SE JÁ | Político (conseguir o local e articulação intersetorial, igrejas, escolas,..) Financeiro (para recursos audiovisuais folhetos e panfletos) |
| CUIDAR MELHOR | Político (decisão de recursos para aquisição de medicamentos, revisão de fluxos entre níveis hierárquicos do SUS) Financeiro (Capacitação de equipe, aquisição de medicamentos, aumento da oferta das consultas) |
| CONVIVER MELHOR | Político (articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais) Organizacional (adequação do fluxo de referência e contra-referência) |

6.4 Análise de viabilidade do plano

Para viabilizar o plano de ação é necessário identificar os atores que controlam cada recurso crítico e sua posição em relação ao problema, para logo definir as ações estratégicas que levem à motivação dos mesmos. O Quadro 5 apresenta as propostas de ações para motivação dos atores.

Quadro 5: Propostas de ações para motivação dos atores.

| Operação/Projeto | Recursos Necessários | Controle dos recursos críticos | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| | | Ator que controla | Motivação |
| MAIS SAÚDE Modificar hábitos e estilos de vida | Político (conseguir o espaço na radio local) Financeiro (para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.) | Setor de comunicação social Secretario de saúde | Favorável Favorável |
| INFORMESE JÁ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS | Político (conseguir o local e articulação intersetorial) Financeiro (para recursos audiovisuais folhetos e panfletos) | Secretaria de saúde Secretaria educação Secretaria de cultura | Favorável Indiferente Favorável |
| CUIDAR MELHOR Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes hipertensos | Político (decisão de recursos para estruturar o serviço) Financeiro (Compra de medicamentos, aumento da oferta das consultas) | Prefeito Municipal Secretario de saúde Secretario de saúde | Indiferente Favorável Favorável |
| CONVIVER MELHOR Implantar a linha de cuidados para HAS incluindo os mecanismos de referência e contra-referência | Político (articulação entre os setores assistenciais da saúde) Organizacional (adequação do fluxo de referência e contra-referência) | Secretario de saúde Secretario de saúde | Favorável Favorável |

6.5 Elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação e marcar prazos para sua execução. Como está apresentado no Quadro 6.

Quadro 6: Plano Operativo

| Operação | Resultados esperados | Produtos | Ações estratégicas | Responsáveis | Prazo |
|---|--|---|---|---|--|
| MAIS SAÚDE Modificar hábitos e estilos de vida | População com melhor qualidade de vida | Campanha educativa na radio local Caminhadas de grupos de hipertensos Recursos humanos capacitado | | Médico Enfermeira | Início em três meses término 12 meses Início em dois meses Início em dois meses termino em três meses |
| INFORME-SE JÁ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS | População mais informada sobre os riscos de HAS | Recursos humanos capacitados Organização de palestras na comunidade sobre os riscos da HAS. | Apresentar um projeto de apoio das instituições | Enfermeira ACS | Início em dois meses termino em três meses Início em três meses termino 12 meses |
| CUIDAR MELHOR Melhorar a organização do serviço para o atendimento dos pacientes hipertensos | Atenção multidisciplinar e multisetorial Garantia de medicamento encaminhamento para atenção secundária | Recursos humanos capacitados Revisão de fluxo de agendamento de consultas na atenção secundária segundo a classificação do risco; Revisão de processo com a Assistência Farmacêutica para garantia da compra e distribuição de medicamentos | Apresentar projeto de estruturação dos serviços | Secretario de saúde Coordenador de ABS | Início em dois meses termino em três meses Início em três meses termino 12 meses Quatro meses para contratação e compra. |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|
| CONVIVER MELHOR | Cobertura 100% dos pacientes hipertensos | Linha de cuidados para HTA implantada | | Coordenador de UBS Medico Enfermeira | Início em três meses e termino em 12 meses Início em dois meses termino em três meses |
| Implantar a linha de cuidados para HTA incluindo os mecanismos de referência e contra-referência | | Recursos humanos capacitados | | | |

6.6 Gestão do plano

A avaliação de cada operação será feita a cada seis meses em uma planilha onde será incluído, o produto, os responsáveis pelas ações, o prazo, a situação atual, a justificativa e, novos prazos se necessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, para o controle da hipertensão arterial é necessário atuar sobre os fatores de risco, corrigir os hábitos e estilos de vida, alimentação saudável, prática de atividade física, abandono do uso de substâncias tóxicas como tabagismo, o alcoolismo e outras drogas, manejo adequado do estresse e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Todas estas ações são fundamentais para a prevenção de lesões em órgãos-alvo decorrentes da hipertensão e devem ser executadas na atenção primária por uma equipe multidisciplinar de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, L. R. **Inquéritos em Saúde no Brasil: relevância e fluxo informacional dos questionários.** [Monografia] Programa de pós-graduação em informação e comunicação em saúde – PPGICS ICICT/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 58p. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.** Brasília, [online], 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: out. 2015.

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health SciInsti.** 2011, 265 p.

CAMARGO A.C; BASTOS V.P. **Manual de Orientação Clínica. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).** São Paulo: SES/SP. 2011. 11-14 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2ed., 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em 23 jul. 2015.

CAR, M. R. PIERIN, A.M.G; V.L.A. Estudos sobre a influencia do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP,** 1991; 25: 259-69.

CORRÊA, T. D.; NAMURA, J. J.; DA SILVA, C. A. P.; CASTRO, M. G., MENEGHINI, A., FERREIRA, C.. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq. Med. ABC.** 2006;31(2):91-101. Disponível em <<https://chasqueweb.ufrgs.br/>> Acesso em 24 julho de 2015.

HOPFNER, C. FRANCO, S.C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de Atenção Primária à Saúde. **Arq Bras Cardiol.** 2010; 95(2): 223-9.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** v.88 n.4, p.452-457. 2007. Disponível em < http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200022&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 25 de agosto de 2015.

LAWES, C. M. M.; HOORN, S. V.; RODGERS, A.; FOR THE INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. **Lancet,** v. 371, p. 1513-1518, 2008.

LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** 1997; 68(6): 443-449.

LIMA-COSTA, M. F. F.; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D.C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 18-26, 2009.

MACHADO, L.R.C.; CAR,M.R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e o subjetivo. **Rev. esc. enferm. USP,** 2007; 41(4):573-580.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de; SILVA JUNIOR, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 425-438. ISSN 1679-4974.

MANCIA, G.; DE BACKER, G.; DOMINICZAK, A.; CIFKOVA, R.; FAGARD, R.; GERMANO, G. et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). **Eur. Heart J.**, v. 28, n. 12, p. 1462-1536, 2007.

MANTOVANI, M. F. *et.al.* Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7 n. 2, 2008. Disponível em:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1467>>. Acesso em: 13 de agosto de 2015.

PIERIN, A.M.G.; GUSMÃO, J.L.; CARVALHO, L.V.B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Rev Hipertensão**, 2004; 7(3): 100-3.

SANTA MARIA DO SALTO. Dados epidemiológicos do município. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Ano?

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 46, n. 377, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. In: **Revista Hipertensão**, v.13, n.1, jan/fev/mar., 2010, p. 1-66.

VICTOR, R.G.; LEONAR, D.; HESS, P.;et al. Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in Dallas County, Texas. **Arch Intern Med** 2008; 168(12): 1285-1293.