

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ODALIS SANCHEZ AVILA

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DESCOMPENSADA NA EQUIPE DO PSF DE BARRA DA
ALEGRIA NO MUNICÍPIO DE INDAIABIRA - MG**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS
2015

ODALIS SANCHEZ AVILA

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DESCOMPENSADA NA EQUIPE DO PSF DE BARRA DA
ALEGRIA NO MUNICÍPIO DE INDAIABIRA - MG**

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

Orientador: Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido

**MONTES CLAROS/MINAS GERAIS
2015**

ODALIS SANCHEZ AVILA

**ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DESCOMPENSADA NA EQUIPE DO PSF DE BARRA DA
ALEGRIA NO MUNICÍPIO DE INDAIABIRA - MG**

Banca examinadora:

Prof.:

Prof.:

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ 2015

RESUMO

O presente trabalho originou-se a partir de observações feitas nas consultas e visitas domiciliares realizadas aos pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hipertensão do povoado de Barra da Alegria do município de Indaiabira - MG. Conhecemos que a consulta médica, e as visitas domiciliares são ferramentas e espaços que os profissionais da saúde têm para o intercâmbio com os pacientes e conhecer seus hábitos e estilos de vida assim como assuntos relevantes de saúde-doença, monitorar a pressão arterial. Contudo foi possível observar que no povoado de Barra da Alegria os pacientes hipertensos estão descompensados porque não fazem o tratamento de forma direta e contínua, não fazem dieta nem exercícios físicos. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de ação para tornar efetiva a compensação dos pacientes hipertensos do povoado de Barra da Alegria do município Indaiabira – MG. Para tal, realizou-se pesquisa no SciELO, com os descritores: hipertensão arterial sistêmica e Estratégia de saúde da família. Também foram consultados documentos do Ministério da Saúde. Espera-se que com a implementação do plano consigamos a compensação dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica e Estratégia de saúde da família

ABSTRACT

This work originated from observations made during home visits and visits to hypertensive patients registered in Hiperdia Program populated Bar Indaiabira municipality of Alegria - MG. It is known that medical consultation and home visits are tools and spaces that health professionals have to exchange with patients and know their habits and lifestyles as well as relevant issues of health and illness, monitor blood pressure. However it was observed that the Joy of Barra village hypertensive patients are uncompensated because they do not treat directly and continues, not diet or exercise. This study aimed to develop a plan of action to make effective compensation of hypertensive patients in the village municipality of Alegria da Barra Indaiabira - MG. To this end it was held in SciELO search with the key words: hypertension and family health strategy. They were also consulted the Ministry of Health documents. It is expected that with the implementation of the plan succeed compensation of hypertensive patients.

Key words: Hypertension and Family Health Strategy

LISTA DE SIGLAS

BIREME- Biblioteca Regional de Medicina

DCV- Doença Cardiovascular

ESF- Estratégia Saúde da Família

HA- Hipertensão Arterial

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF- Núcleo de Apoio Saúde da Família

PA- Pressão Arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF- Programa de Saúde da Família

SciELO- Scientific Eletronic Library Online

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
6. PLANO DE AÇÃO.....	16
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
8. REFERENCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

Indaiabira é um município localizado ao norte de Minas Gerais, na região do Alto Rio Pardo, microrregião de Salinas (a 89Km de distância). Estabelecendo limites geográficos com os seguintes municípios: ao norte – Vargem Grande do Rio Pardo (23Km de distância); ao sul – Taiobeiras (42Km); a leste – São João do Paraíso (37Km); a oeste – Rio Pardo de Minas (48Km).

Em divisão territorial datada de 1999, o município é constituído do distrito sede, é criado o distrito de Barra de Alegria e anexado ao município de Indaiabira. Em divisão territorial datada de 2003, o município é constituído de 2 distritos: Indaiabira e Barra de Alegria. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007

O município de Indaiabira tem sua economia fundamentada quase toda na agropecuária e serviços (pequenos comércios).Tendo como álibi o plantio de milho, feijão, cana-de-açúcar e a produção de carvão-vegetal. Não possui grandes empresas e nenhuma fábrica por o que não existe alto índice de emprego, ocasionando então elevada migração à procura de oportunidades e melhoria de vida em outras cidades.

A população è de 7330 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2014 com uma densidade populacional de 7,24 hab/km², de acordo com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

O distrito de Barra da Alegria tem um estimado populacional de 2451 habitantes com um predomínio de pessoas por encima dos 40 anos, dos quais 481 estão cadastrados como pacientes hipertensos que representa o 19 % da população. .O município de Indaiabira tem cadastrados um total de 1202 pessoas portadoras de hipertensão arterial.

O município possui 3 equipes de Saúde da Família (ESF), sendo duas alocadas na zona urbana e uma na zona rural, também conta com 3 pontos de apoio (Postos de Saúde), sendo os 3 localizados na zona rural. As ESF encontram-se uma em Indaiabira, outra em Barra da Alegria e a outra no núcleo. Tem um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo 2, composto por profissionais de nível superior de diferentes áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, fonoaudióloga, farmacêutico, fisioterapeuta e assistente social.

A Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/o estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro rins e vasos sanguíneos), e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (1.2)

Os costumes e hábitos alimentares da população brasileira são pouco saudáveis porque gostam das comidas ricas em gorduras e com uma carga energética grande, o qual constitui o principal fator de risco para a aparição da HAS. Além disso, não estão acostumados com a prevenção e sim com ações curativas, pois acham mais cômodo esperar os sinais e sintomas se agravarem, passando por uma consulta médica e fazendo o tratamento medicamentoso.

Este estudo foi gestado a partir da realidade da detecção nas consultas tanto de demanda espontânea como planejadas do alto índice de pacientes com HAS descompensada em minha UBS, dos 481 pacientes cadastrados e acompanhados, 240 foram vistos em consultas programadas, deles 101 encontrava-se com HAS descompensada, 65 homens e 36 mulheres, a idade média entre eles é de 65 anos.

A partir desta realidade encontrada nos dados a tarefa de encontrar as possíveis causas deste fenômeno e realizamos um cronograma de consultas agendadas e visitas domiciliares, além de ações educativas aos pacientes hipertensos onde estiveram envolvidos todos os profissionais da equipe.

Todas as consultas foram feitas por mim assim como participei em todas as visitas domiciliares feitas pelos membros da equipe aos pacientes hipertensos, além disso, participei nas reuniões do grupo de Hipertensão.

Pude observar que a maioria dos pacientes não tem hábitos e estilos de vida saudável, muitos haviam abandonado o tratamento com anti-hipertensivos e outros faziam mau uso dos mesmos, também que as orientações dadas aos pacientes nas visitas domiciliares não eram as mais adequadas assim como uma inadequada classificação dos pacientes hipertensos segundo o tipo de HAS. Além disso, as atividades de promoção de saúde desenvolvidas com este grupo não tinham a qualidade requerida.

Após destas observações realizamos posteriormente uma reunião com a equipe para expor os problemas encontrados. Então pusemos em andamento um plano de ação que nos permitira dar solução aos problemas e erradicar as possíveis causas da de compensação dos pacientes hipertensos.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão arterial (HAS) atinge número cada vez maior de pessoas ao redor do mundo, é isoladamente, o fator de risco mais importante para as doenças cardiovasculares (DCV). Essa condição de saúde está associada à significativa morbidade, mortalidade prematura e incapacidade física, além de altos custos (Nogueira D, 2010). A HAS é reconhecida como fator de risco aumentado para acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal (Rosini N, Machado MJ, Xavier HT, 2006).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2011). Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MENDES, 2011).

Não ter cuidado e preocupação com a alimentação, a prática de exercícios físicos, fazer a dieta, não fazer um uso adequado do tratamento anti-hipertensivo pode acarretar as seguintes complicações crônicas (lesões em órgãos-alvo): Insuficiência Renal, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral, assim como incapacidade.

Desta forma, considerando o percentual significativo de hipertensos residentes na área de abrangência da ESF Jesuína Maria de Jesus de Barra da Alegria (19,6%), bem como, a alta incidência de pessoas com HAS descompensada, torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de diminuir a HAS descompensada e conseqüentemente reduzir a morbi-mortalidade por essa doença no território.

3. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Elaborar plano de intervenção para diminuir a alta incidência de pessoas com HAS descompensada residentes na área de abrangência da ESF Jesuína Maria de Jesus do município Indaiabira – MG.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar os fatores determinantes da alta incidência de pessoas com HAS descompensada dos residentes na área de abrangência da ESF Jesuína Maria de Jesus.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada

4. METODOLOGIA

Para o enfrentamento ao problema “alta incidência de pessoas com HAS descompensada” foi elaborado um plano de intervenção com vistas a diminuir este problema, utilizando o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus (CAMPOS, FARIA e SANTO, 2010).

Para a construção referencial teórico realizaremos uma revisão da literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) além foram consultados: Protocolo de Hiperdia, Protocolo de atenção a pacientes idosos.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão Arterial e Estratégia de saúde da família.

5. REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica

[...] A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010, p.7).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, segundo na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, por o que é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública e um dos principais fatores de riscos modificáveis. (SBC, 2010, p 1-51).

Cerca de 7.6 milhões de mortes ocorreram no ano 2001 em todo o mundo por causa da elevação da PA, 54% por acidente vascular encefálica-AVE e 47% por doença isquêmica do coração (FERREIRA *et al.*, 2009), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. A principal causa de morte no Brasil tem sido as doenças cardiovasculares. Em 2007 ocorreram 308.466, óbitos por doenças do aparelho circulatório, (PASSOS *et al.*, 2006).

Nos últimos 20 anos estudos populacionais em cidades brasileiras apontaram a prevalência de HAS acima de 30% considerando-se valores de PA>140/90 mmHg (SBC, 2007). Ainda foram encontradas prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (FERREIRA *et al.*, 2006).

A Hipertensão arterial está relacionada a diversos fatores de risco já descritos na literatura. É possível destacar, uma relação linear e direta com o aumento da idade, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, de álcool, sedentarismo, nível de escolaridade, além de fatores genéticos. Sem deixar de mencionar que por

o geral a hipertensão arterial em sua maioria é de causa idiopática (HEIMANN, 1999).

O tratamento da hipertensão arterial envolve a intervenção médica e farmacológica, assim como mudanças no estilo de vida com a inclusão de atividades físicas e controle da ingestão de sódio e álcool. Ainda, a implementação de políticas de prevenção primária e detecção precoce da doença, são as formas mais efetivas de evitar a HA e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (GASPERIM e FENSTERSEIFER, 2006).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo depende de um grupo de fatores que podem ser sumarizados entre aqueles que se relacionam com o próprio paciente, as variáveis sócio demográficas e culturais, os relacionados a terapêutica que envolvem a tolerância, aparecimento de efeitos colaterais e disciplina.

O tratamento da HAS pode ser medicamentoso e/ou não medicamentoso, sendo que precisa haver uma modificação no estilo de vida. Sendo que, pacientes com pressão diastólica na faixa de 85-94 mmHg, inicialmente não recebem tratamento farmacológico (MION *et al.*, 2006 apud PAULA e ANDRADE, 2012).

6. PLANO DE AÇÃO

1º Passo - Seleção do problema.

Descritor do problema “Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada na equipe do programa de saúde da família de Barra da Alegria município de Indaiabira”.

2º Passo- levantamento dos descritores do problema

Descritores do problema

1. Uso inadequado dos anti-hipertensivos.
2. Maus hábitos e estilos de vida (Alimentação rica em gorduras e sódio, não realizar dieta adequada, não realização de exercícios físicos e atividades de lazer).
3. Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado (Não há um seguimento adequado segundo classificação da hipertensão arterial. Inadequado seguimento por parte do enfermeiro aos pacientes com HAS. Não realização com frequência de atividades de promoção de saúde aos pacientes com HAS por parte da equipe de saúde).
4. Inadequado seguimento por parte do enfermeiro aos pacientes com HAS.
5. Má situação econômica das famílias
6. Falta de medicamentos (anti-hipertensivos) no posto de atendimento.

3º Passo- Esquematizando o problema

4º Passo- Levantamento dos nós críticos do problema “Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada na equipe do programa de saúde da família de Barra da Alegria município de Indaiabira”.

Processo de trabalho inadequado da equipe → Não há um seguimento adequado, por parte dos enfermeiros, segundo classificação da hipertensão arterial. Não realização com frequência de atividades de promoção de saúde aos pacientes com HAS por parte da equipe de saúde.

Maus hábitos e estilos de vida → Alimentação rica em gorduras e sódio, não realizar dieta adequada, não realização de exercícios físicos, não realizar laser.

Uso inadequado dos anti-hipertensivos.

5º Passo: Confeção de planilhas para o enfrentamento dos nós críticos

Quadro 1: Enfrentamento dos nós críticos

"Nó" crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Maus hábitos e estilos de vida	Modificar os hábitos e estilos de vida	Diminuir em 15 % o número de pacientes consumidores de gorduras e sal, sedentários no prazo de 01 ano.	Programa educativo com os grupos de hipertensos sobre alimentação Por uma alimentação saudável Vídeo debate sobre a importância da prática do exercício físico Programa de caminhada orientada	Organizacionais: Para organizar o programa educativo na escola, vídeo debate e programa de caminhadas. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Político: Local para fazer vídeo debate. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, pôster.
Processo de trabalho da equipe inadequado	Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde	Lograr que o 100% dos pacientes hipertensos sejam classificados adequadamente e acompanhados por a equipe no prazo de 01 ano	Programa de levantamento de todos os hipertensos da área de abrangência. Definir cronograma de atendimento individual aos pacientes hipertensos por parte	Organizacionais: Para organizar o levantamento dos pacientes o trabalho com os agentes de saúde e as visitas programadas. Cognitivo: Estratégia de comunicação e informação sobre o tema.

			do medico, enfermeiro e nutricionista. Programa de visitas programadas aos pacientes com HAS por a equipe.	Político: Disponibilidade de transporte. Financeiro: Para aquisição de combustível, recursos de material de oficina.
Uso inadequado dos anti-hipertensivos	Modificar o uso inadequado dos anti-hipertensivos	Diminuir em 50%o numero de pacientes que fazem uso inadequado dos anti-hipertensivos no prazo de 01 ano	Programa educativo sobre o uso dos anti-hipertensivos. Atividades grupais com os pacientes hipertensos sobre uso dos anti-hipertensivos. Mural informativo sobre uso dos anti-hipertensivos. Programa de propaganda informativa sobre o uso dos anti-hipertensivos	Organizacionais: Para organizar o programa educativo, as atividades grupais, mural e propaganda. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Político. Disponibilidade de local para fazer as atividades grupais. Financeiro: Aquisição de recursos para folhetos educativos, material de oficina e recursos audiovisuais.

Fonte: Odalis Sanchez Ávila (2014)

6º Passo- Determinantes dentre os recursos àqueles que não dependiam diretamente da equipe para podermos providenciá-los juntamente aos responsáveis.

Quadro 2: Soluções para os nós críticos

Solução	Recursos	Operações Estratégicas	Órgão Competente
Modificar os hábitos e estilos de vida	Político e Financeiro	Não é necessária	Prefeito e Secretario de Saúde
Modificar o processo de trabalho da equipe de saúde	Político e Financeiro	Não é necessária	Prefeito e Secretario de Saúde
Modificar o uso dos anti-hipertensivos	Político e Financeiro	Não é necessária	Prefeito e Secretario de Saúde

Fonte: Odalis Sanchez Ávila (2014)

7º Passo- Realização da planilha de acompanhamento dos projetos.

Quadro 3: Apresentação dos projetos

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável
Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 15 % o número de pacientes consumidores de gorduras e sal, sedentários no prazo de 01 ano.	Programa educativo nas escolas Por uma alimentação saudável Vídeo debate sobre a importância da prática do exercício físico Programa de caminhada orientada	Não é necessária	Dra Odalis Sanchez Ávila
Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde	Lograr que o 80% dos pacientes hipertensos sejam classificados adequadamente e acompanhados por a equipe no prazo de 01 ano	Programa de levantamento de todos os hipertensos da área de abrangência. Trabalho de mesa com os agentes de saúde para conhecer quantos pacientes são acompanhados. Programa de visitas programadas aos pacientes com HAS	Não é necessária	Dra Odalis Sanchez Ávila
Uso inadequado dos anti-hipertensivos	Diminuir em 50%o número de pacientes que fazem uso inadequado dos anti-hipertensivos no prazo de 01 ano	Programa educativo sobre o uso dos anti-hipertensivos. Atividades grupais com os pacientes hipertensos sobre uso dos anti-hipertensivos. Mural informativo sobre uso dos anti-hipertensivos. Programa de propaganda informativa sobre o uso dos anti-hipertensivos	Não é necessária	Dra Odalis Sanchez Ávila

Fonte: Odalis Sanchez Ávila (2014)

Quadro 4 : Acompanhamento do projeto: Modificar hábitos e estilos de vida

Projeto Modificar hábitos e estilos de vida					
Coordenação: Dra Odalis Sanchez Ávila					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Programa de levantamento dos hipertensos Vídeo debate Programa de caminhada orientada	Dra Odalis Sanchez	4 meses	Executado		

Fonte: Odalis Sanchez Ávila (2014)

Quadro 5: Acompanhamento do projeto: Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde

Projeto Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde					
Coordenação: Dra Odalis Sanchez Ávila					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Programa educativo nas escolas Trabalho de mesa com os ACS Programa de caminhada orientada	Dra Odalis Sanchez	6 meses	Executado		

Fonte: Odalis Sanchez Ávila (2014)

Quadro 6: Acompanhamento do projeto: Uso inadequado dos hipertensivos

Projeto Modificar o Uso inadequado dos hipertensivos					
Coordenação: Dra Odalis Sanchez Ávila					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Programa de Educativo sobre uso dos anti-hipertensivos Atividades Grupais Programa propaganda informativa Mural informativo	Dra Odalis Sanchez	3 meses	Executado		

Fonte: Odalis Sanchez Ávila (2014)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível identificar que os fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial pelos seus portadores estão relacionados principalmente a: nível de conhecimento sobre a doença, suas características individuais e sua cultura. Esses fatores são inerentes ao próprio portador, referindo-se a sua maneira de ser e de agir.

Os fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial foram, em grande medida, relacionados a situações com o hábito e estilo de vida falta de adaptação do paciente á doença, desconhecimento do controle da doença e inadequado acompanhamento por parte da equipe de saúde.

Devemos ressaltar que, para minimizar os fatores que dificultam os portadores de hipertensão arterial a controlarem sua doença, é muito importante e necessário que haja um trabalho que envolva o próprio doente, sua família assim como os profissionais da saúde, além disso, a participação dos agentes comunitários de saúde na busca ativa, por meio das visitas domiciliares, de hipertensos faltosos e resistentes à adesão ao tratamento.

Este trabalho teria por base uma abordagem em que procurasse diminuir e minimizar os fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial, tanto os inerentes á pessoa ás suas relações com semelhantes.

Quando se conhecem os fatores que impedem ou interferem de forma negativa no controle da doença por parte do portador de hipertensão arterial, surgem importantes aspectos que poderão trazer benefícios e assim atingir com maior facilidade as metas no controle da hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**, 2002, Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun.2006.

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

FERREIRA SRG, SARNO F. Hipertensão arterial e obesidade. Aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Hipertens** 2009; 12(1):17-21.

FERREIRA, S. R.G, et al. Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Riscos Associados: Brasil 2006. **Rev de Saúde Pública** , 2009;43(sup2):98-106.

GASPERIM D, FENSTERSEIFER, L.M. As modificações do estilo de vida para hipertensos. **Rev.Gaucha de Enfermagem**, 2006;v.27.n.3.Pág. 17-23.

HEIMANN J.C. Quantidade ideal de consumo de sal por dia como prevenção e terapêutica anti-hipertensiva. **Rev. brasileira de hipertensão**. 1999; 6 (3):87-89.

LESSA I. **Hipertensão arterial sistêmica no Brasil**: tendência temporal, Cad. Saúde Pública 2010; 26(8): 1470-1.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

PAULA, C. F. de; ANDRADE, T. C. B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Bauru: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Marília, v. 16, n. 1, 2012.

PASSOS VM, ASSIS TD, BARRETO SM. **Hipertensão arterial no Brasil**: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv. Saúde 2006; 15(1): 35-45.

ROSARIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GUA, PEREIRA MRG, JARDIM PCBU. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres**, MT Arq. Bras. Card. 2009; 93(6): 672-678.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, jan./mar.2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens** 2007;89(3):24-79.

SOCIEDAD BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Rev. Bras. Hipertens.** 2010; 17 (1):7-10.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010; 95(1 supl. 1):1-51.