

**UNIVERSIDADE FEDERAL ALFENAS – UNIFAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**KARINA RODRIGUEZ MARTINEZ**

**CONTROLE DOS FATORES DE RISCOS NA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
CORURIFE – ALAGOAS: Plano de Ação.**

**MACEIÓ – ALAGOAS**

2016

**KARINA RODRIGUEZ MARTINEZ**

**CONTROLE DOS FATORES DE RISCOS NA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
CORURIBE – ALAGOAS: Plano de Ação.**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Polyana Oliveira Lima.

**MACEIÓ – ALAGOAS**

2016

**KARINA RODRÍGUEZ MATÍNEZ**

**CONTROLE DOS FATORES DE RISCOS NA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
CORURIBE – ALAGOAS: Plano de Ação.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof.<sup>a</sup> Polyana Oliveira Lima – (UFMG)

Examinador 2 – Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, 02-06-2016.

## **DEDICATORIA**

À Deus pelas oportunidades brindadas na minha vida.

À minha mãe pelo apoio, dedicação, confiança e seu amor infinito.

À minha equipe de saúde pelo trabalho desempenhado para alcançar os objetivos.

## **AGRADECIMENTOS**

À todas as pessoas que de uma forma ou outra ajudaram na realização desse trabalho.

"Ali onde a arte da medicina é cultivada, também se ama à humanidade".

Hipócrates.

## RESUMO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível mais frequente na atualidade e a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos e populações em toda parte do mundo. É considerada uma doença com muitos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares como: Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca, Doença cerebrovascular. Este trabalho trata-se de um plano de ação realizado no PSF de Barro Preto no centro de Coruripe em Alagoas. A partir de então foi utilizado o diagnóstico situacional feito previamente e para proposição do plano de ação seguiu-se o Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) para definir as prioridades dos problemas e seleção dos nós críticos onde foi observado pela Equipe um aumento das demandas por consulta de HAS e que níveis elevados de pressão arterial são facilitados por elevada ingestão de sal, alta ingestão calórica, excessivo consumo de álcool, sedentarismo, obesidade. Após a identificação dos problemas foi priorizado o de maior incidência para a doença. Foi feito um estudo bibliográfico utilizando fontes de dados como SciELO, LIIACS e Descritores em Ciência da Saúde como: Hipertensão, doenças cardiovasculares, fator de Risco e doença crônica. Neste sentido, o objetivo do estudo é elevar o nível de conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco associados à HAS e estimular a mudança dos fatores de risco identificados na totalidade dos pacientes portadores de HAS no PSF de Barro Preto. Conseguindo-se depois da implementação do plano de ações elevar o conhecimento no 90-95% da população doente e de riscos.

**Descritores:** Hipertensão. Doenças cardiovasculares. Fator de Risco. Doença Crônica.

## ABSTRACT

Hypertension (HBP) is not transmissible chronic disease more frequent nowadays and the most common conditions that affect the health of individuals and populations throughout the world. a disease with many risk factors is considered for cardiovascular diseases such as ischemic heart disease, heart failure, cerebrovascular disease. This work it is an action plan carried out in the FHP Barro Preto in the center of Coruripe in Alagoas. From then on we used the situational diagnosis made previously and action plan proposal followed the Strategic Situational Planning (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) to define the priorities of problems and selection of critical nodes where it was observed by the Team increased demands for hypertension and high levels of consultation blood pressure are facilitated by high salt intake, high caloric intake, excessive alcohol consumption, physical inactivity, obesity. After identifying the problems were prioritized the higher incidence of the disease. a bibliographic study using data from sources such as SciELO, Lilacs and Descriptors of Health Science was made as hypertension, cardiovascular disease, risk factors and chronic disease. In this sense, the objective of the study is to increase the patient's level of knowledge about the risk factors associated with hypertension and stimulate change of the risk factors identified in all of the patients with SAH in FHP Barro Preto. Getting up after the implementation of the action plan to raise awareness in 90-95% of the patient population and risks.

**Keywords:** Hipertension. Cardiovascular disease. Risk factors. Chronic disease.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
1.1 Descrição do Município de Coruripe .....	9
1.2 Descrição da população do Posto de Saúde. ....	10
1.3 Sistema local de saúde .....	11
1.4 Equipe de Saúde.....	12
Área física da unidade de saúde.....	12
Serviços locais de saúde .....	12
2 JUSTIFICATIVA .....	13
3 OBJETIVOS .....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	17
5.1 Definindo a Hipertensão Arterial Sistêmica .....	17
5.2 Estimativa e prevalência da HAS .....	18
5.3 Predisposição da doença/ prevalência e mortalidade .....	19
5.4 Doenças cardiovasculares associadas e fatores de riscos .....	20
5.5 Fatores de riscos modificáveis e não modificáveis .....	21
5.6 Classificação da Hipertensão quanto aos níveis pressóricos .....	21
5.7 Educação em saúde para adesão ao tratamento.....	23
6 PLANO DE AÇÃO .....	24
6.1 Primeira etapa: Definição dos problemas .....	24
6.2 Segunda etapa: Priorização dos problemas .....	24
6.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado.....	25
6.4 Quarto passo: Explicação do problema .....	26
6.5 Quinto passo: Seleção dos nós críticos. ....	26
6.6 Sexto passo: Desenho da operação: .....	26
6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.....	28
6.8 Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano.....	29
6.9 Nono passo: Elaboração de um Plano Operativo. ....	30
6.10 Décimo passo: Gestão do Plano.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	32
REFERÊNCIAS.....	33

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Descrição do Município de Coruripe

Situada na Mesorregião da Mata Atlântica Alagoana e na microrregião dos tabuleiros de São Miguel dos Campos, Coruripe tem uma área de 10002km<sup>2</sup>, sendo o segundo maior município de Alagoas, em dimensão territorial. Seus limites ao norte com a cidade de São Miguel dos campos e Jequiá da praia, no Sul com Feliz Deserto e o Oceano Atlântico, no Leste com Oceano atlântico e no Oeste com Penedo e Teotônio Vilela. Suas cidades mais próximas são Feliz deserto a 40 km, São Miguel dos campos a 40km, Piaçabuçu a 50km, Penedo a 86km, Maceió a 95km, Arapiraca a 154km, Teotônio Vilela a 45km, sua população estimada é de 52160 habitantes, densidade 57,15hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Coruripe é 0,626, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,769, seguida de Renda, com índice de 0,591, e de Educação, com índice de 0,541 (ATLAS BRASIL, 2010).

Entre 2000 e 2010, a população de Coruripe cresceu a uma taxa média anual de 1,59%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 49,86% para 88,32%. Em 2010 viviam, no município, 52.130 pessoas. Entre 1991 e 2000, a população cresceu em média anual de -0,39%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 30,30% para 49,86% (ATLAS BRASIL, 2010).

**Quadro 1:** População por gênero e faixa etária da população de Coruripe, Alagoas no ano de 1991, 2000 e 2010.

População Total, por Gênero, Rural/Úrbana - Coruripe - AL						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>População total</b>	46.125	100,00	44.522	100,00	52.130	100,00
<b>Homens</b>	23.225	50,35	22.279	50,04	25.748	49,39
<b>Mulheres</b>	22.900	49,65	22.243	49,96	26.382	50,61
<b>Úrbana</b>	13.975	30,30	22.199	49,86	46.043	88,32
<b>Rural</b>	32.150	69,70	22.323	50,14	6.087	11,68

Fonte: PNUD, Ipea e FJP (2010).

## 1.2 Descrição da população do Posto de Saúde.

A equipe de saúde de Barro Preto no centro de Coruripe onde temos uma população de 3.865 pessoas com um número de 1.041 famílias, pessoas com um baixo nível cultural e educacional, o que faz que tenha uma alta incidência, prevalência, recorrências e complicações nas doenças crônicas não transmissível da comunidade, levando as pessoas desde a morte até a incapacidade, como por exemplo a hipertensão arterial, sendo ela a mais comum entre as doenças crônicas não transmissível pelas quais a população procura um atendimento médico nos postos de saúde. Por esse motivo dar-se-á a importância do trabalho no dia a dia para contribuir no fortalecimento nas demandas da população com o trabalho da promoção e prevenção das doenças (SIAB, DATASUS 2014).

**Quadro 2:** Descrição da população segundo o sexo e faixas etárias.

SEXO	FAIXA ETARIA										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	TOTAL
Masculino	24	129	69	105	183	139	626	200	145	173	1773
Feminino	24	117	65	98	161	201	735	253	194	224	2092
Total Pessoas	48	246	134	203	344	340	1361	453	339	397	3865

FONTE: SIAB (2014).

O quadro mostra segundo o Sistema Informação da Atenção Básica – SIAB (2014) uma maior densidade da população nas faixas etárias de 20-39 anos com 1.361 habitantes, onde favorece maiormente a população do sexo feminino com um total de 735 pessoas, faixa etária considerada produtiva pela capacidade de desenvolvimento e reprodução familiar para a densidade populacional, porém, também susceptível de risco para modificar hábitos e estilos de vida que prejudicam a saúde da população feminina. Também pode-se observar que essa população é uma população jovem, não existindo um envelhecimento demográfico na população em estudo, tendo assim garantido o futuro do trabalho e desenvolvimento do município pela força jovem imperante.

### **1.3 Sistema local de saúde**

Atualmente Coruripe tem doze equipes de saúde na zona urbana e rural, conta com o 100% das Equipes de Saúde cobertas com profissionais médicos, dos quais dois contam com médicos Estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional cumpra com um horário de segunda a sexta feira de oito horas até às dezessete horas, com uma carga horária de quarenta horas semanais. Os médicos inseridos pelo Programa Mais Médicos cumprem carga horária de trinta de duas horas de trabalho e oito horas para estudos.

O município possui um Hospital, Carvalho Beltrão com atendimento de urgências, caracterizado como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), também trabalha em parcerias com um laboratório privado para realização dos estudos, além disso há dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e serviço de fisioterapia.

A forma de organização do sistema de saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis. A equipe é na zona urbana de Coruripe, em um território sanitário singular, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em micro áreas. Os pontos de atenção à saúde que ofertam os serviços de atenção secundária são oferecidos pelo município no hospital Carvalho Beltrão, com referências a outros pontos de saúde mais complexos em situações especiais, nos municípios de Maceió, Penedo e Arapiraca.

A população do município tem um nível médio de desenvolvimento econômico, já que a maioria deles sobrevivem de um salário mínimo, dependem quase totalmente dos produtos agrícolas, do comércio e pesca, independentemente que o município tenha poços de extração de petróleo que são administrados pelo governo mais pagam taxas de tributo ao município para seu desenvolvimento.

#### **1.4 Equipe de Saúde**

O território/área de abrangência é responsável pelo atendimento da metade da população do centro de Coruripe. A equipe é multiprofissional, composta por um médico, um dentista, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar consultório dentário, um digitador e o um auxiliar de serviços gerais.

#### **Área física da unidade de saúde**

A área física da unidade básica de saúde - UBS possui uma recepção, uma copa, uma sala de espera e dois banheiros, um consultório de odontologia, dois consultórios para consultas médicas e consultas de enfermagem, uma sala de vacina, uma de curativo, uma de pré – consulta e uma sala de observação.

#### **Serviços locais de saúde**

Para a realização dos exames de saúde da unidade no município há dois laboratórios para realização de exames, um que é do município e outro privado, o grande problema encontrado é a demora da realização dos exames, a marcação dos mesmos e os resultados, problema esse que afeta a qualidade do trabalho da equipe, pois há uma grande demanda de incidências das doenças crônicas não-transmissível, nas quais a hipertensão arterial joga um papel muito importante na mortalidade e na incapacidade pelas complicações que oferece por conta de uma oferta baixa.

Este trabalho tem como propósito montar um plano de intervenção na unidade de saúde Barro-Preto situado no município de Coruripe. Será trabalhado os problemas da unidade de saúde através da seleção das prioridades e por ordem de urgência na intervenção assegurar o controle da saúde pública da população adescrita.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os objetivos principais da atenção a família na comunidade são baseados na promoção e prevenção das doenças, fundamentalmente em comunidades onde opera o programa mais médicos, que são populações carentes de todos os pontos de vistas, com elevadas incidências, prevalências e mortes pelas complicações delas. Assim foi identificado no estudo das análises da situação de saúde na unidade de saúde e a Hipertensão Arterial constitui a primeira doença crônica de grande prevalência e tem um grande índice de morbidade e complicações cardiovasculares que muitas vezes passa despercebido pelo desconhecimento desses fatores. Portanto esse trabalho contribuirá através da promoção da saúde a prevenção para conseguir mudanças nos hábitos e estilos de vida, evitando todas as complicações que cada uma dela pode trazer independentemente.

Tendo em contas todos os dados das incidências e prevalências das doenças crônicas não transmissível, no caso da hipertensão, foi elaborado uma proposta de implantação de ações educativas relativas à prevenção da hipertensão arterial como uma intervenção que ajudará na diminuição desse risco e por sua vez a diminuição de incidência de casos novos, agravamento das patologias já existentes, das complicações e possíveis sequelas onde tenha participação a equipe de saúde e de apoio (NASF), por isso e com os objetivos de baixar os indicadores, o custo das hospitalizações e reabilitações em pacientes é que justifica-se este estudo de intervenção na comunidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Controlar os fatores de riscos da hipertensão arterial dos pacientes da unidade de saúde Barro Preto do município Coruripe em Alagoas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer o que entende o usuário por fatores de riscos da Hipertensão Arterial;
- Elevar o número de pacientes com informação atual da temática;
- Sistematizar as atividades educativas de promoção e prevenção relacionadas à Hipertensão Arterial;
- Reduzir os índices de incidência, prevalência, recorrências e complicações da Hipertensão Arterial.

#### 4 METODOLOGIA

Para uma elaboração do plano de ação para o controle da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes hipertensos, da área de abrangência da equipe, USB Barro Preto, baseou-se no método de Estimativa seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010), onde foi realizada a sistematização da análise situacional, identificando assim os principais problemas de saúde que interferem na vida da população, com ajuda dos dados demográficos e epidemiológicos coletados pelos órgãos oficiais, secretarias municipais, estaduais e do PSF, fazendo ênfases nos componentes e determinantes de saúde que possibilitam conhecer a situação real da população.

Além de mais foi feita uma ampla e exaustiva revisão bibliográfica do tema em questão desde literatura na biblioteca virtual em saúde e bases de dados SciELO e Literaturas Americanas e Latino-Americanas para uma melhor abordagem e desenvolvimento do tema. Foram utilizados descritores em Ciências da Saúde como: Hipertensão, doenças cardiovasculares, fator de risco, doença crônica. O Projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Barro Preto, comunidade do centro, localizado no município de Coruripe do Estado de Alagoas e terá a participação da Equipe de Saúde integrado por um Médico Geral Integral, Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e o apoio do NASF. A proposta de intervenção terá a inclusão de todos os pacientes cadastrados hipertensos e com fatores de risco associados, sem exclusão do sexo, foram selecionados de maneira aleatória pela equipe de enfermagem e médico, com o prévio consentimento deles.

As etapas que constituem este plano de ação foram construídas de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde e gestores. Com o estabelecimento dos principais problemas que afetam a comunidade e a eleição de um problema prioritário para realizar a intervenção, foi feito a inclusão dos usuários no processo de construção da Proposta e avaliação do grupo de intervenção fazendo um levantamento acerca da situação dos adultos da área de abrangência da equipe para a seleção das prioridades e para detectar os “nós críticos” e outros entraves que esquivam a promoção da saúde, como a definição de orçamento e recursos humanos necessários. Logo após foi realizado a

capacitação dos profissionais da equipe que se voluntariaram para participação no projeto com posterior validação com grupos específicos da proposta/instrumento construído, assim foi possível dar início da implantação do projeto na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, "Barro Preto".

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Definindo a Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo a VI Diretrizes de Hipertensão (2010) A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por muitos fatores, é uma condição clínica que se caracteriza por nível elevado e sustentado de pressão sanguínea arterial, frequentemente são associados pelas alterações das funções e estruturas dos órgãos alvos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, esses níveis alterados também são associados devidos as alterações metabólicas, no entanto, essas alterações leva ao aumento de eventos de riscos cardiovasculares fatais ou não (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A Organização Mundial da Saúde definiu, em 1978, a hipertensão arterial como sendo "uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica".

A conceituação utilizada implica a consideração dos seguintes aspectos:

- a) o diagnóstico da doença depende de *Medidas* de pressão arterial, que apresentam uma *Variabilidade*;
- b) estas medidas são consideradas *elevadas* com relação a um determinado padrão de *Normalidade*;
- c) esta elevação é dita *crônica*, sem maiores especificações de tempo (LOLIO et al., 1990).

A partir de 115 mmHg de pressão sistólica (PS) e de 75 mmHg de pressão diastólica (PD), o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso (LEWINGTON et al., 2002; CHOBANIAN et al., 2003). Os valores de 140 mmHg para a PS e de 90 mmHg para a PD, empregados para diagnóstico de HAS, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de riscos anteriores mais elevados (CHOBANIAN et al., 2003).

[U1] Comentário: Em citações só deixa aqui o autor e o ano de publicação, ok? Fiz a correção aqui pra vc!!!

## 5.2 Estimativa e prevalência da HAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006 estima que 600 milhões de pessoas no mundo sofrem de hipertensão arterial sistêmica. No Continente Americano a hipertensão afeta 140 milhões, metade dessas são assintomáticas e por esse motivo não procuram o serviço de saúde, entre assintomática, apenas 30% não realizam tratamento adequado por falta de recursos financeiros e pela própria motivação, talvez pelo desconhecimento sobre os fatores de riscos da doença.

“[...] Na América Latina e no Caribe, estima-se que de 8% a 30% da população sejam hipertensas” (OMS, 2006 *apud* GOMES; ALVES, 2006, p.375).

Por ser uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controle a hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de riscos modificáveis e um problema preocupante para a saúde pública. Sendo assim, as doenças cardiovasculares (DCV) aumentam as mortalidades com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75mmHg de forma contínua, linear e independente (SOCIEDAD BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prevalência de HA varia bastante de país para país, não só em função de diferenças reais entre as populações, mas também em função dos diferentes critérios de corte utilizados, assim como da inclusão, entre os hipertensos, de pessoas tratadas e controladas. Assim, nos Estados Unidos, para os anos de 1971-1975, em adultos de 25-74 anos, de ambos os sexos, com o critério da OMS, a prevalência foi de 18,0%, e para os anos de 1976-1980, de 17,7%. Nestes estudos incluíram-se os controlados. A prevalência de hipertensão "borderline" nos mesmos estudos foi, respectivamente, de 17,1 % e 12,0%. No estudo de 1976-1980, utilizando-se o critério do *Joint National Committee IV*, a prevalência de HA definida sobe para 29,7%. (LOLIO *et al.*, 1990, p.429).

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes melito e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e

deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

### **5.3 Predisposição da doença/ prevalência e mortalidade**

Os FR que influenciam na maior possibilidade de desenvolver HA são a predisposição genética, idade, obesidade, consumo excessivo de sódio, consumo excessivo de bebida alcoólica, medicamentos e tabagismo (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2001).

Em 2001, aproximadamente 7,6 milhões de mortes foram dadas pelo aumento da pressão arterial (PA), a maioria delas ocorreram em países de baixo e médio desenvolvimento entre a faixa etária de 45 a 69 anos, entre essas, 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% foram dadas por isquemia cardíaca, no Brasil as DCV tem sido a principal causa de morte (WILLIAMS, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Prevalência da hipertensão arterial sistêmica Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%6,7. Considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram 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. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (WILLIAMS, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

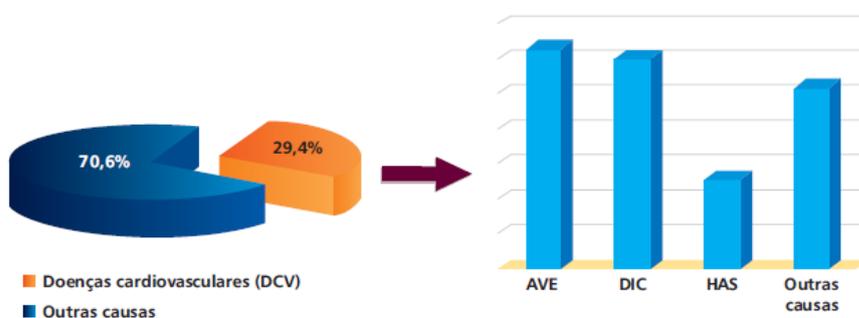
Estudos revelam que, dentre os idosos brasileiros (> 65 anos), mais de 60% são hipertensos. Porém, as informações de estudos epidemiológicos sobre a população idosa são raras ou pouco divulgadas no Brasil até o ano de 2008. Além disso, a população idosa representa 12% da população brasileira, dado verificado no último Censo, em 2010 (ANDRADE *et al.*,2014).

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É considerada um fator determinante de morbidade e mortalidade, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos (BRASIL, 2013).

O Plano Global de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estabeleceu meta de redução da HA em 25% entre 2015 e 2025. No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, foram definidas diversas medidas de promoção da saúde e de atenção relacionadas à HA: acordos com a indústria alimentícia para redução do teor de sódio em alimentos processados, incentivo à prática de atividade física por meio do Programa Academia da Saúde e disponibilização gratuita de medicamentos para controle da hipertensão arterial segundo classificação de risco. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma das ações de vigilância da HA e de outros fatores de risco para DCNT, além de contribuir para o monitoramento da morbimortalidade desses agravos no país (SUELY *et al.* 2013).

#### 5.4 Doenças cardiovasculares associadas e fatores de riscos

**Figura 1:** Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007. (AVE: Acidente Vascular Encefálico; DIC: Doença Isquêmica do Coração; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica)



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

### 5.5 Fatores de riscos modificáveis e não modificáveis

Entre os fatores de risco para a doença, estão os fatores de risco não modificável e os modificáveis, entre os primeiros está a idade, o sexo, a cor da pele, a história familiar de hipertensão e entre os modificáveis estão a elevada ingestão de sal, alta ingestão calórica que favorecem ao sobrepeso ou obesidade, a inatividade física, e excessivo consumo de álcool, a hiperglicemia e a dislipidemias.

### 5.6 Classificação da Hipertensão quanto aos níveis pressóricos

A Hipertensão Arterial sistêmica pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica, sempre levando em conta também o risco cardiovascular. As elevações inadequadas da pressão arterial podem ser divididas inicialmente em três classes: (SCHILLING *et al.*, 2013).

1. Crises hipertensivas (Urgências e emergências hipertensivas).
  - Emergências hipertensivas.
  - Urgências hipertensivas.
2. Pseudocrises hipertensivas.
3. Elevação eventual do nível pressórico.

No quadro a seguir mostra a classificação da hipertensão arterial em adultos, acima de 18 anos segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia no ano de 2010.

**Quadro 3:** Classificação da pressão arterial, adultos com mais de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg).	Pressão Diastólica (mmHg).
ÓTIMA	< 120	< 80
NORMAL	< 130	< 85
LIMITROFE	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólicas e diastólicas de um paciente se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

FONTE: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

**Quadro 4:** Principais determinantes da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica.
Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima.
Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço.
Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
Interferência na qualidade de vida após início do tratamento;

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, devido à baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, e crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.41).

A doença arterial coronariana ocorre mais comumente em diabéticos do que na população em geral, afetando mais de 55% dos pacientes. O diabetes mellitus é fator de risco maior para a doença cardiovascular independente, mesmo após ajustada para idades mais avançadas, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo. O cigarro duplica o risco na doença arterial coronariana e 30% delas são atribuídas ao número de cigarros fumados. Num estudo com 106.745 homens na Coreia, o fumo foi um fator de risco maior e livre para a doença cardiovascular, independente dos níveis de colesterol, sendo que, níveis baixos de colesterol não conferiam efeito protetor nesses fumantes, o que é apoiado também pelo Estudo Prospectivo da Sociedade Americana do Câncer, pelos dados da Nurses' Health Study e por algumas metanálises (GUS et al., 2002).

### **5.7 Educação em saúde para adesão ao tratamento**

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), relata que a educação em saúde em com foco nos conceitos sobre Hipertensão e suas características garantem melhor adesão ao tratamento, incluindo mudanças de estilo de vida, informações detalhadas e que sejam compreensivos aos pacientes sobre prováveis efeitos adversos dos medicamentos e possíveis mudanças na prescrição de acordo com as necessidades e em particularidade, sobretudo facilitando atendimento médico e agendamento das consultas.

## 6 PLANO DE AÇÃO

Um plano de ação é uma ótima ferramenta para acompanhamento de atividades, desde as simples como criação de Atas de reuniões até as mais complexas como um pequeno projeto. Trata-se de um documento utilizado para planejar todas as ações necessárias para atingimento de um resultado desejado ou resolução de problemas independentemente da área de trabalho, por isso a utilização de essa ferramenta foi muito fundamental para a realização do mesmo, no qual foi realizado nove etapas mencionadas a seguir:

### 6.1 Primeira etapa: Definição dos problemas

Aqui conseguimos fazer a identificação dos problemas vinculados a nossa população que podem ou não de uma forma direta ou indireta afetar a saúde deles e em discussão com a equipe de saúde conferimos que eles são os mais frequentes encontrados em nossa população:

- ✓ Hipertensão arterial
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Más hábitos na alimentação
- ✓ Diabetes Mellitus
- ✓ Alcoolismo

### 6.2 Segunda etapa: Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto á prioridades, segundo os seguintes critérios:

- Numerando os problemas por ordem de prioridades a partir do resultado da aplicação dos critérios.
- Distribuindo pontos de 0-10 conforme sua urgência.

- Definindo-se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- Atribuindo valor alto, médio ou baixo para a importância do problema.

O quadro a seguir mostra a classificação das prioridades por ordem de urgência de plano de intervenção.

**Quadro 5:** Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de Barro Preto.

<b>Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Sedentarismo	Alta	9	Parcial	1
Tabaquismo	Alta	9	Parcial	2
Mãos hábitos na alimentação	Alta	9	Parcial	3
Alcoolismo	Alta	9	Parcial	4
Hipertensão Arterial	Alta	9	Parcial	5
Diabetes mellitus	Alta	9	Parcial	6

Fonte: Autoria Própria (2016).

Pela alta incidência, prevalência, recorrência e complicações na hipertensão arterial muito ligada aos fatores de riscos já antes mencionados vinculados de forma direta em nossa população decidimos abordá-los como um só problema multifatorial que ajuda na aparição e complicações da doença, existindo só uma prioridade.

### **6.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado**

Depois de fazer a seleção do problema passaremos a fazer uma descrição dele já que nossa população está afetada maiormente por ela assim permitirá ter uma visão da magnitude do problema e até onde podem chegar as consequências dela sem não tomáramos estratégias de trabalho para sua prevenção e promoção.

Este problema define-se com mais de 50% da população de vinte anos, até maior de sessenta anos, tantos homens quantos mulheres, todos eles apresentaram fatores

de riscos para HAS, seja de forma direta ou indireta, portanto pesquisar mais sobre a temática da HAS, seus fatores de riscos, mudanças de hábitos e estilos de vida, auxiliar o profissional a direcionar um trabalho específico para a prevenção destas patologias e suas complicações.

#### **6.4 Quarto passo: Explicação do problema**

O modelo econômico desenvolvido no país onde o sistema econômico baseado na legitimidade dos bens privados e na irrestrita liberdade de comércio e indústria, com o principal objetivo de adquirir lucro impera em outros determinantes como são a política, a cultura, determinante ambiental, socioeconômico e até as políticas públicas, que tem incidência na população as vezes de forma diretas e indiretamente encontrando-se na população: baixo nível educacional, baixas taxas de renda, altos índices de alcoolismos, hábitos e estilos de vidas inadequados, baixos acessos a informações que prejudicam à saúde da população, entre outras. Assim sempre estarão em riscos todas aquelas pessoas susceptíveis que não tenham uma solvência econômica ou que as políticas públicas não defendam seus interesses ou sejam precários os benefícios que prestam a sua população, favorecendo a aparição e complicações de ditas doenças nas comunidades.

#### **6.5 Quinto passo: Seleção dos nós críticos.**

A identificação das causas é fundamental, sendo importante selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando atascados, são capazes de impactar o problema principal e transformá-lo.

Identificamos como "nós críticos" do problema escolhido os seguintes:

- Baixo nível de conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

#### **6.6 Sexto passo: Desenho da operação:**

Para conseguir nossos objetivos temos que construir um desenho de operações que não são mais que as ações que a equipe fara para que sejam cumpridas todos os

objetivos e metas do projeto, que além disso temos que identificar os recursos precisos para executar ele e ter uma percepção dos resultados aguardados ou pelo menos o que queremos conseguir.

**Quadro 6:** Operação dos nós críticos

<b>Desenho da operação dos não críticos.</b>				
<b>Nos críticos</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Baixo nível de conhecimento dos fatores de riscos da HAS.</b>	Aprenda a cuidar de sua saúde.	Que o 90%da população consiga conhecer mais das doenças que sofrem e cuidar delas.	Programas educativos para a população a cuidar de sua saúde.	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação Inter setorial e mobilização social.
<b>Hábitos e estilos de vidas inadequados.</b>	Cuida saúde e ama teu corpo.	População consciente e responsável. Adesão da população as mudanças propostas.	Estender os programas educativos para a população por todos os meios de difusão.	Organizacional: organizar as atividades físicas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir o local, mobilização social. Inter setorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos visuais, folhetos educativos, etc.
<b>Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.</b>	Mais organização mais eficiência.	Alcançar uma cobertura de 90% da população atendida de forma	Ter os recursos e humanos capacitados para abordar	Cognitivo: elaboração de projeto do sistema de cuidados e protocolos.

		organizada, com qualidade para obter diminuição nos indicadores de morbimortalidade pela HAS.	os riscos e complicações das doenças. Ter um protocolo de tratamento e fluxograma para um melhor trabalho e atendimento médico.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional: adequação de fluxos.
--	--	---	---	---

Fonte: Autoria Própria (2016).

### 6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Para a execução dos projetos temos que garantir aqueles recursos críticos que são os recursos mais importantes para a execução do projeto, pero muitas vezes não depende de nossa equipe de trabalho o poder garantir os recursos para a continuidade do projeto.

**Quadro 7:** Recursos críticos para o desarrollo do trabalho

<b>Projeto / Operação.</b>	<b>Recursos Crítico.</b>
<b>Aprenda a cuidar de sua saúde.</b>	Político: conseguir o local, mobilização social. Inter setorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos médio visuais, folhetos educativos e lanches para a população.
<b>Cuida saúde e ama teu corpo.</b>	Político: articulação Inter setorial e mobilização social.
<b>Mais organização mais eficiência.</b>	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria Própria (2016).

Na atualidade para nos desenvolver projetos que cumpram objetivos e bem-estar para a comunidade é quase impossível tenhamos ou não o recurso financeiro para fazer, já que a qualidade humana no sentido emocional e sentimental até o comprometimento no trabalho está muito deteriorado e o pessoal só trabalha porque precisa do incentivo econômico para sustentar sua família, mais foge de aquilo que é fundamental para a vida o amor ao ser humano e seu trabalho.

### 6.8 Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano.

**Quadro 8:** Plano de viabilidade

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Aprenda a cuidar de sua saúde:</b> Conscientizar a população para mudança nos hábitos e estilos de vida, oferecendo as ferramentas para ele. (Conhecimento)	Político: conseguir o local, mobilização social. Inter setorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos médio visuais, folhetos educativos, etc.	Setor de educação  Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Cuida saúde e ama teu corpo:</b> Implantar um programa Físico-educativo para população. Agendar atividades com população.	Político: articulação Inter setorial e mobilização social.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar o projeto Físico-educativo.
<b>Mais organização mais eficiência:</b> Discutir com a	Político: articulação entre os setores da saúde e	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessário

equipe e organizar o processo de trabalho. Estabelecer o sistema de cuidado para risco de HAS aumentado.	adesão dos profissionais e capacitações.			
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2016).

### 6.9 Nono passo: Elaboração de um Plano Operativo.

Para que o projeto seja viável e cumpram com os objetivos, não basta somente conter o projeto, planos de viabilidade, mas também designar a governabilidade da equipe, em que tempo vai a realizar e controlar a efetividade dos projetos. No quadro a seguir, foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações.

**Quadro 9:** Elaboração de um Plano Operativo

Operação/Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Aprenda a cuidar de sua saúde:</b> Conscientizar a população para mudança nos hábitos e estilos de vida	Comunidade consciente e responsável. Adesão da população as mudanças propostas.	Programas educativos na população	Não é necessário	Enfermeira e técnicos de enfermagem	3 meses para o início das atividades.
<b>Cuida saúde e ama teu corpo:</b> Implantar um programa Físico-educativo para população. Agendar atividades com população.	População mais informada sobre risco da HAS. População mais comprometida e conforme com o seu corpo.	Programa Físico-educativo para população implantado. População informada e na melhora de seu bem-estar corporal.	Apresentar o projeto Físico-educativo	Enfermeira e NASF.	Início em seis meses e termino em doze meses. Avaliação aos dozes meses.
<b>Mais</b>	Cobertura de	Sistema	Não é	Médico e	Início em

<b>organização mais eficiente:</b> Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. Estabelecer o sistema de cuidado para risco de HAS aumentado.	90% da população com risco de HAS aumentado. Equipe consciente e comprometido com a comunidade. Cooperação de todo equipe.	cuidado para risco de HAS implantado. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados	necessária	coordenador de ABS	três meses e termino em dozes meses.
---	--	--	------------	--------------------	--------------------------------------

Fonte: Autoria Própria (2016).

### 6.10 Décimo passo: Gestão do Plano.

A gestão de plano é o momento quando a equipe discute e define o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre o planejador e executores parte muito importante de qualquer trabalho para a fiscalização e execução do trabalho. Serão realizadas reuniões mensais e depois quinzenais para fazer o monitoramento e as adequações necessárias.

#### Recursos humanos para viabilização das ações do projeto:

- Médico do posto de saúde.
- Enfermeira do posto de saúde
- Técnicas ou auxiliares de enfermagem
- Equipe do NASF
- Agentes de saúde
- Líderes formais ou informais das comunidades
- Administrador do Posto de Saúde

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À Hipertensão Arterial comporta-se como uma doença e além como fatores de risco para outras doenças, como são as cardiovasculares, cerebrovasculares entre outras que levam a um aumento nas incidências de mortalidade e incapacidades nos pacientes. Conhecendo a incidência, prevalência, recorrência, à estimativa, epidemiologia e fatores de risco da Hipertensão Arterial em nossa comunidade dito plano de ação com sua realização além de cumprir com os princípios básicos de saúde da família, de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na comunidade também ajudará a nossa população a fazer mudanças nos hábitos e estilos de vidas prejudiciais na saúde, além de incentivar a práticas de exercícios para conservar e manter um porte e aspecto físico, evitando uma incidência, prevalências e uma baixas taxas de mortalidade pelas doenças crônicas não transmissível em nossa população. Mais é muito bom destacar que só com um trabalho continuo de promoção e prevenção de saúde onde flutuem todos os setores em aras de um bem-estar da comunidade conseguiremos mudar o estado de saúde de nossa população. Com o trabalho nossa equipe tem as seguintes pretensões:

- Inserir no projeto de um 90-95% o pessoal de saúde assim como agentes representativos da comunidade (Líderes informais e formais da comunidade);
- Elevar no 90-95% o conhecimento dos fatores de riscos, complicações e medidas preventivas na hipertensão arterial;
- Diminuir a incidência da hipertensão arterial em um 90% na comunidade;
- Incluir no 90% os gestores de saúde e secretarias de educação, saúde e esportes para elevar o trabalho preventivo e de promoção nas comunidades.
- Garantir em um 90% o atendimento dos pacientes em nossa comunidade, a realização dos estudos médicos assim como o tratamento das doenças crônicas não transmissível;
- Diminuir em um 40% os internamentos hospitalários, complicações e até mortes por doenças crônicas não transmissíveis neste caso a hipertensão arterial, que pode ser diagnosticada, tratada e controlada na comunidade;
- Contribuir com o governo e as políticas públicas na melhoria da saúde de nossa população.

## REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>>. Acesso em: 10 Set. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília, IBGE. **Perfil Municipal**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>> Acesso: 12 Set. 2015.

BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil., **Perfil Epidemiológico, Coruripe**, AL, 2010. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2010/>>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica, (SIAB), DATASUS, **Coruripe, Alagoas, 2014**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF> Data de acesso: 21 Nov. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A., **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.110p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras Cardiol** 2006, Fev: 1–48. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>> Acesso em: 23 Nov. 2015.

LOLIO A. C. *et al.*, **Epidemiologia da Hipertensão arterial**. Revista Saúde Pública Vol. 24 no.5 São Paulo Oct. 1990. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000500012.pdf>>. Acesso em 04/06/2016.) p427-429.

LEWINGTON, S. *et al.*, **Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a metaanalysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies**. The Lancet, London, v. 360, n. 9349, p. 1903-1913, dec. 2002.

CHOBANIAN, A. V. *et al.*, **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure**. The JNC 7 report. JAMA, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

GOMES, B. da M. R.; ALVES, J. G. B., **Prevalence of high blood pressure and associated factors in students from public schools in Greater Metropolitan Recife, Pernambuco State, Brazil, 2006.** *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200016)>. Acesso em: 02 Set. 2015.

SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, **HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA.** VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Rev. bras. hipert.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 69 p., 2010. Disponível em:<[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 10 Nov. 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89 (3): e24-e79.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. I **Diretrizes Nutricionais em Cardiologia.** *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 31-37, 2001.*

Andrade A.O.; Aguiar M.I.F., *et al.*, **Prevalência da Hipertensão Arterial e fatores associados em idosos.** 2014. 2 artigos -, *Rev Bras Promoç Saú* 2 artigo - PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO - Aluisio.indd, Fortaleza, 27(3): 303-311, jul. /set., 2014. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2729/pdf>>. Acesso em 04 jun.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasil, Brasília, 2013, cad.37. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 10 Nov. de 2015.

Suely, S.; Rizzato, S., *et al.*, **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da pesquisa Nacional de Saúde,** 2013. v24n2a12.pdf, Brasília, Brasil, 24(2): 297-304, abr-jun 2015. Disponível em:<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v24n2/v24n2a12.pdf>>. Acesso em 03 jun.2016.

SCHILLING, M., *et al.*, 2013, **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília, V.II, p229-230. Disponível em:www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 04 março 2016.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; *et. al.*, **Prevalência dos Fatores de risco da Doença Arterial Coronaria no Estado do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, Brasil, Arq Bras Cardiol, volume 78 (nº 5), 478-83, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n5/9377.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2016.