

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

MILAY HONG INFANTE

**ELEVADO ÍNDICE DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA CACIMBAS DO MUNICÍPIO JOAQUIM GOMES**

MACEIÒ-ALAGOAS

2015

MILAY HONG INFANTE

ELEVADO ÍNDICE DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CACIMBAS DO MUNICÍPIO JOAQUIM GOMES

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.

Orientadora: Profa. Daniele Falci de Oliveira.

MACEIO-ALAGOAS

2015

MILAY HONG INFANTE

**ELEVADO ÍNDICE DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NÃO CONTROLADA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CACIMBAS DO MUNICIPIO JOAQUIM GOMES.**

Banca Examinadora:

Profa. Daniele Falci de Oliveira (Orientadora)

Profa. Andréa Clemente Palmier - UFMG (Examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte em:

DEDICATORIA

Dedico este trabalho aos meus pais e a meu esposo pelo apoio incondicional, que permitiu hoje eu estar aqui. Á minha filha o amor da minha vida.

ARADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que de uma forma direta ou indireta ao longo desta jornada contribuíram na realização deste trabalho.

Aos tutores e orientadores pela dedicação e entrega.

“Tudo é considerado impossível, até acontecer”

Nelson Mandela.

RESUMO

As doenças cardiovasculares representam uma das primeiras causas de morte nas últimas décadas. A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares e constitui um problema grave de saúde no Brasil e no mundo. O presente trabalho teve como objetivo propor um plano de intervenção com vistas à redução do elevado índice de pacientes portadores de Hipertensão Arterial não controlada, através de atividades educativas preventivas da população hipertensa da Unidade Básica de Saúde Cacimbas, localizada no município de Joaquim Gomes. Foi elaborado um diagnóstico de saúde da área de abrangência utilizando o método de planejamento estratégico situacional. Os dados foram coletados pela estimativa rápida, dos registros do sistema de informação da atenção básica, através de entrevistas aos líderes da comunidade e da revisão dos prontuários dos pacientes cadastrados na Unidade. Os dados obtidos sobre os domicílios permitiram a identificação dos principais problemas. O diagnóstico situacional afirmou que existe um elevado índice de pacientes portadores de hipertensão não controlada. Foram detectadas quatro “nós críticos” do problema e a partir deles foram elaboradas propostas com detalhamentos de resultados, produtos esperados e os recursos necessários para concretização das ações. Conclui-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica, é o principal fator de risco para as complicações mais comuns como doença cerebrovascular e infarto agudo do miocárdio. A abordagem da mesma engloba além do tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida.

Palavras chave: Obesidade, Hipertensão arterial, Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases represent the first cause of death of the latest decades. Arterial Systemic Hypertension is the most frequent of the cardiovascular diseases and also represent a serious health problem in Brazil and the rest of the world. This study had the main objective of develop an intervention project to help reduce the elevated number of non-compensated patient with arterial hypertension using educative and preventive activities in the population of the Family Health Strategy Unit Cacimbas placed on the municipality of Joaquim Gomes. A situational diagnosis was done using strategic methods of planning in health. The variables were collected from the individual medical records of patients registered in the Unit, interviewing informal leaders of the community and beyond addition; we use the data of The Basic Attention Information System. The Situational Diagnosis confirmed an elevated amount of patients with non-compensated hypertension and 4 critical nodes were identified, based on these was proposed a plan of actions in order to confront it. In conclusion Arterial Systemic Hypertension is the main risk factor of the most common vascular complications such as acute myocardial infarction and cerebrovascular disease. The pharmacological treatment is important, but the most important action is the changing of the inadequate lifestyle.

Key Words: Obesity. Arterial Hypertension. Family health estrategy.

SUMARIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.1 Identificação do município Joaquim Gomes: aspectos históricos, geográficos, demográficos e socioeconômicos..... | 10 |
| 1.2 Estratégia de Saúde da Família no município Joaquim Gomes..... | 12 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 15 |
| 3 OBJETIVOS..... | 16 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 16 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 16 |
| 4 METODOLOGIA..... | 17 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA..... | 18 |
| 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 25 |
| 6.1 Plano de ação..... | 27 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 33 |
| REFERÊNCIAS | |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do Município de Joaquim Gomes: aspectos históricos, geográficos, demográficos e socioeconômicos.

O município Joaquim Gomes está localizado na região nordeste do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com o município de Colônia Leopoldina, ao sul com Flexeiras e São Luiz do Quitunde, ao leste com Matriz de Camaragibe e ao oeste com União dos Palmares. A sede do município tem uma altitude de aproximadamente 104 m e coordenadas geográficas de 09°07'58,8" de latitude sul e 35°44'52,8" de longitude oeste. O acesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas BR-104 e BR-101.

A origem do município de Joaquim Gomes está ligada a um antigo engenho São Salvador, pertencente a José Correia de Araújo Barros. Em 1900, Araújo Barros morreu e por razões de problemas financeiros que envolveram os seus negócios a sua propriedade ficou alienada a seu genro, Joaquim Gomes da Silva Rego, que tinha a patente de major da Guarda Nacional, resolveu tomar a frente dos negócios da família e adquiriu do banco credor a propriedade então alienada. Sua primeira providência foi mandar determinar a construção da igreja de Nossa Senhora da Conceição, na época, padroeira da localidade, graças ao espírito empreendedor de Joaquim Gomes, o local alcançou notável prosperidade (IBGE, 2014).

O topônimo primitivo de Joaquim Gomes foi Urucu, nome de uma fruta da região. Antes da colonização também habitavam as terras os índios Urupês. Dessa tribo restaram apenas algumas antigas tradições mantidas até hoje na aldeia Cocal (IBGE, 2014).

A prosperidade da pequena vila levou alguns senhores de engenho a iniciarem a luta pela emancipação, destacando-se Osmário Gomes da Silva Rêgo que, aliado a Luiz de Aguiar Pessoa, comandou um grande movimento (IBGE, 2014).

A Lei 2.468, de 25 de agosto de 1962, deu autonomia administrativa ao município com a mudança do nome, que passou a ser o de seu fundador, Joaquim Gomes. O então governador Luiz Cavalcante foi pessoalmente à cidade assinar a lei concedendo a emancipação política ao município, desmembrando-o de Passo de

Camaragibe. Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, figura no município de Passo de Camaragibe o distrito de Urucu (IBGE, 2014).

A área total do município é de 298,29km² que representa o 0,87% do estado de Alagoas. A população total é de 22 575 habitantes, 14 477 (64,13%) habitantes moram na zona urbana e 8.098 (35,87%) moram na zona rural. No município existem 4.399 domicílios particulares permanentes (IBGE, 2014).

No quadro 1 encontra-se a distribuição da população do município de Joaquim Gomes.

Quadro 1: Distribuição da população do município Joaquim Gomes segundo faixa etária. 2014.

| Município: Joaquim Gomes | | | |
|--------------------------|------------------|------------|-------|
| População Total: 2 | | | |
| Faixa etária | No de individuos | | Total |
| | Area Urbana | Area Rural | |
| < 15 anos | 6644 | 1403 | 8047 |
| 15 a 64 anos | 7091 | 6269 | 13360 |
| >65 anos | 742 | 426 | 1168 |
| Total | 14477 | 8098 | 22575 |

Fonte: SIAB, 2013.

Índice de desenvolvimento humano (IDH): 0,54 (baixo).

No ranking de desenvolvimento, Joaquim Gomes está em 80º lugar no estado (80/102municípios) e em 5.390º lugar no Brasil (5.390/5.565 municípios).

Taxa de Urbanização: 64,14%.

Renda Familiar: O salário médio mensal é de R\$ 190,23 (71,30 % do salário mínimo nacional).

Saneamento Ambiental

% de abastecimento de Água Tratada: aproximadamente 1.842 (41,90%) são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 1.454 (33%) são abastecidos por

poço ou nascente e 1.103 utilizam outras formas de abastecimento (25,10%).

% de recolhimento de esgoto por rede pública: Apenas 1.838 (41,80%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população.

Atividades econômicas e arrecadação

Principais atividades econômicas: Até o ano de 1985 a produção Industrial de Joaquim Gomes era representada pela indústria de transformação Açucareira, a Usina Alegria; com a falência deste setor, este tipo de atividade entrou em decadência. Depois de décadas tivemos a reativação da Usina Agrisa, vindo a gerar centenas de empregos e receitas ao município, que não durou muito tempo e chegou a parar de funcionar deixando a cidade novamente sem sua receita. Hoje o espaço é ocupado pelo pessoal dos sem terras.

Comércio e Agropecuária. Atualmente conta com 69 empresas com CNPJ, ocupando 657 pessoas (3,06% da população). Na área de pecuária, conta com os seguintes rebanhos (cabeças): Bovinos –10.014; Suínos –273; Eqüinos–325; Asininos –10; Muares–240; Ovinos–265; Caprinos–167; Aves: galinhas–4.840. A produção leiteira é de 865.000 litros e a de Ovos de galinha –4.000 dúzias. Na área agrícola: Banana - 122 há (122.000 cachos); Laranja–11 ha (562.000 frutos); Manga–10 ha (198.000 frutos); Batata Doce–07ha (41t); Cana-de-açúcar–9.090 ha (436.320t); Feijão –76 ha (33t); Mandioca–71 ha (706t) e Milho–29 ha(14t). O extrativismo produz: Lenha – 90m³ e Madeira em Toras –21 m³ (IBGE, 2014).

O município conta com sete Farmácias, três Laboratórios Clínicos, quatro Consultório Odontológico Privado, 36 escolas; 5 Estadual, 26 Municipais e 5 privadas. Tem 12 Igrejas e uma Creche. Conta com três bancos e uma oficina de correios.

1.2 Estratégia de Saúde da Família no Município Joaquim Gomes

A rede de atenção á saúde no município está composta por 1 unidade mista (atendimento as 24 horas, atenção básica, internamento/urgência), um Centro de especialidades odontológicas (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Reabilitação, e um Núcleo de atenção a saúde da família (NASF).

Desde o ano 2004 o município adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com oito equipes entre a zona urbana e a zona rural cobrindo cerca de 92 %da população.

No município não existem redes de média e alta complexidade e assim os pacientes são trasladados aos municípios de União dos Palmares ou Maceió diante da necessidade deste tipo de suporte. O sistema de referencia e contra referencia é muito precário, uma vez que as contra referencias não são preenchidas conforme padronização estipulada.

O município conta com 146 profissionais de saúde: deles 43 são médicos, 19 enfermeiros, 9 odontólogos, 3 Psicólogos, 10 técnicos de enfermagem, 11 auxiliares de dentista e 51 Agentes Comunitários de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde da Família Cacimbas

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Cacimbas está localizada na área do Centro, na Rua Tancredo Neves. A região correspondente à área de abrangência da UBS Cacimbas tem relevo irregular, com muitas ladeiras e com a maioria das ruas sem pavimentação. Tem 3700 habitantes adscritos, distribuídos em 720 famílias. Nível de alfabetização: 49.7%, o índice de desemprego é alto.

A UBS Cacimbas está composta por 15 funcionários; uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de dentista, oito agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais, e uma assistente administrativa.

A Unidade ocupa uma área física de 62m², distribuídos em uma recepção e sala de espera geral, um consultório odontológico, uma sala de enfermagem, um consultório médico, uma sala de vacina, cozinha-comedor, uma farmácia, 2 banheiros, sala de curativo e nebulização, arquivos.

Os principais problemas da unidade são do tipo estrutural já que não conta com as salas suficientes, não tem condições para o adequado tratamento das urgências e existe carência de equipamentos, medicamentos e material gastável.

Segundo os dados do SIAB o município tinha cadastrado no final de 2013, 1546 usuários portadores de Hipertensão Arterial, 384 portadores de Diabetes Mellitus, nesse ano foram diagnosticados 9 casos de Tuberculose e 2 casos de hanseníase.

Existe dificuldade para manter os pacientes hipertensos cadastrados na unidade controlados, isso vem repercutindo na incidência de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, somado ao aumento dos diagnósticos de hipertensão arterial em adultos jovens ;com o conseqüente aumento da prevalência da doença, justifica-se a realização deste projeto de intervenção com a finalidade de reduzir o elevado índice de pacientes portadores de Hipertensão Arterial não controlada.

2 JUSTIFICATIVA

A população adscrita a UBS Cacimbas está envelhecendo e a cada ano são mais as pessoas diagnosticadas com Hipertensão Arterial, principalmente adultos jovens incrementando a cada ano a taxa de prevalência. Existe dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. (Prontuários médicos). Os pacientes já diagnosticados não fazem de forma correta o tratamento; seja por abandono do tratamento ou falta de disponibilização dos medicamentos anti-hipertensivos na UBS, hospital municipal e rede de farmácias do município. Como consequência aumentaram-se os casos de doenças cerebrovasculares isquêmicas como complicação mais frequente.

As principais causas de Internação no ano de 2013, segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do diabetes, AVC e Afeções respiratórias.

As doenças cardiovasculares ocupam as causas mais frequentes de mortalidade, seguidas pelas neoplasias e pelas doenças respiratórias. As doenças endócrinas, como o diabetes vêm em quinto lugar, mas grande parte da mortalidade por diabetes é por uma doença cardiovascular, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio. Um número grande de óbitos permanece sem causa definida.

Em diagnóstico situacional realizado em 2014 com a participação de toda a equipe foi priorizado o problema do controle dos hipertensos e considerou-se que no nível local existem recursos humanos e materiais suficientes para viabilizar um Projeto de Intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção com vistas à redução do elevado índice de pacientes portadores de Hipertensão Arterial não controlada.

3.2 Objetivos específicos:

Revisar aspectos conceituais referentes ao diagnóstico e controle de Hipertensão Arterial.

Capacitar a Equipe de Saúde da Família da Unidade de Cacimbas no manejo e acompanhamento dos pacientes hipertensos.

Promover atividades educativas preventivas da população hipertensa da UBS Cacimbas.

Promover estilos de vida saudáveis.

4 METODOLOGIA

Durante a realização deste trabalho foram executadas quatro etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica, análise dos dados coletados e elaboração do plano de intervenção.

Para o diagnóstico situacional foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme previsto na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) e também para o levantamento dos problemas de saúde mais relevantes na comunidade e a priorização daqueles da governança da equipe de saúde.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o problema prioritário, adotando os seguintes descritores de busca: hipertensão arterial, obesidade, uso de medicamentos, estratégia de saúde da família.

Após a coleta dos dados por meio do diagnóstico situacional e da revisão da literatura elaborou-se o plano de intervenção, a fim de desenvolver ações de saúde para reduzir o número de pacientes hipertensos não controlados da UBS Cacimbas, que tem como grande desafio reduzir a carga da doença e reduzir o impacto social e econômico decorrentes de seu contínuo crescimento.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é alvo da política nacional de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, que constitui uma frente prioritária de ação em saúde tanto no Brasil quanto no mundo; tendo em vista a importante magnitude e transcendência que este agravo acaba trazendo e o impacto no estado de saúde das populações (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é uma das doenças mais estudadas do mundo, tem sido nomeada como a assassina silenciosa; porque em muitos casos se diagnostica quando o paciente tem afetado alguns dos órgãos alvo (ALVAREZ, 2011). É a mais comum das condições que afetam ao ser humano e constitui fator de risco de outras doenças como: Insuficiência Cardíaca, Cardiopatia Isquêmica, Doença Cerebrovascular e Insuficiência Renal.

Ninguém pode expressar com certeza a data de aparição da HAS, a sua existência foi conhecida pela primeira vez no ano 1677, mas teve que passar mais de um século para que o Harvey demonstrara a existência da mesma; até que Stephen Hales químico e naturalista inglês realizara em 1761 a primeira aferição intravascular da pressão arterial. Cinquenta anos depois Poiseuille modificou o tubo de Hales tornando ele curvo em forma de V e colocou mercúrio em seu interior. No ano 1834 o médico francês Herrison desenhou um equipo em forma de coluna, mas as medições eram intra-arteriais; até que em 1836 Riva Rocci criou o manguito pneumático para a compressão da parede da artéria, começando assim a medição da pressão arterial em alguns pacientes. Somente depois da primeira década do século passado a medição da pressão arterial passa a ser parte integral do exame físico do paciente (ALVAREZ, 2011).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), (WILLIAMS, 2010), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV tem sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA, 2009).

Segundo Chobanian (2004), estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa (SHARMA *et al.*, 2004; MARQUEZ *et al.* 2007; GRANDI *et al.* 2006). Cerca de 40% dos usuários da rede de Atenção Primária são portadores de HAS na Alemanha, e destes apenas 18,5% estavam com a PA controlada (SHARMA *et al.*, 2004). A média europeia de controle de HAS em serviços de Atenção Básica é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto que, na América Latina e África, há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema (GRANDI *et al.*, 2006).

Segundo Neves *et al.*, (2011), a HAS pode ser resultado de uma atividade aumentada do sistema nervoso simpático, ligado a uma disfunção de grau variável do sistema nervoso autônomo, ou o incremento na função do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com a consequente expansão do volume do líquido extracelular e a elevação da resistência vascular sistêmica.

Considerando-se que na grande maioria dos hipertensos (90 a 95%), a etiologia específica não é identificada, a hipertensão é denominada de primária ou essencial. Quando a sua causa é determinada denomina-se secundária (5 a 10% dos casos) (SBC, SBH, SBN, 2010).

Um dos problemas da HAS é que, na maioria dos casos, surge de forma assintomática; nesse caso, os portadores só percebem sua presença eventualmente, quando algum órgão já está em estado comprometido.

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas; ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A PA deve ser medida com a técnica adequada. Utilizar equipamentos confiáveis e devidamente calibrados. É recomendável repetir a aferição da PA em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. O diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, pelo que não é suficiente para o diagnóstico só uma medição. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (BRASIL, 2013).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010) classificam como PA limítrofe o adulto que apresenta PAS entre 130 e 139 mmHg e PAD entre 85 a 89mmHg, PA normal a PAS entre 120 e 129 mmHg e PAD entre 80 e 84 mmHg e PA ótima quando abaixo destes valores (Tabela 1).

Tabela 1- Classificação da Pressão Arterial, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

| Classificação | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Ótima | < 120 | < 80 |
| Normal | 120 – 129 | 80 – 84 |
| Limítrofe | 130 – 139 | 85 – 89 |
| HAS Estágio 1 | 140 – 159 | 90 – 99 |
| HAS Estágio 2 | 160 – 179 | 100 – 109 |
| HAS Estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |

Fonte: SBC, SBH, SBN, 2010.

Uma nova classificação de hipertensão arterial foi publicada pela Sociedade Americana de Hipertensão através do VII relatório do *Joint National Committee – Arterial Hypertension – JNC 7*. As categorias de pressão arterial foram reduzidas a três: normal, pré-hipertensão e hipertensão. A definição de “normal”, em JNC 7, é a mesma que previamente era considerada normal, ou seja pressão arterial sistólica < 120 mm Hg e pressão arterial diastólica < 80 mm Hg, enquanto a hipertensão estágio 2, em JNC 7, combina os estágios 2 e 3 da JNC 6. A nova categoria, pré-hipertensão, é a alteração mais significativa no esquema de classificação e representa PAS de 120 a 139 mm Hg ou PAD de 80 a 89 mm Hg (SOARES, J. M, 2006).

Nas últimas décadas tem existido um interesse marcado pelas investigações em grandes massas de populações na procura de dados relacionados com a epidemiologia da HAS. Esta distribuída pelo mundo inteiro atendendo a diversos fatores econômicos, social, cultural, étnico e ambiental. A prevalência tem aumentado associando-se a estes padrões alimentares inadequados, diminuição da atividade física e outros aspectos conceptuais relacionados com hábitos tóxicos.

Os fatores de risco (FR) para a HAS são condições ou características que quando estão presentes incrementam a probabilidade do desenvolvimento da doença. Os mesmos são classificados em dois grupos: FR não modificáveis e FR modificáveis (SBC, SBH, SBN, 2010).

Fatores de Risco não modificáveis

Genéticos: Cerca de 30% a 40% da variação da PA é determinada por fatores genéticos, no entanto a maioria destes estudos é relacionada com a história familiar de hipertensão, um dos fatores de grande relevância (BINDER, 2007). Pais com hipertensão determinam maior risco para que seus filhos desenvolvam a mesma doença (BARTOSH e ARONSON, 1999).

Idade: A PA eleva-se com a idade, independentemente do gênero, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos, mais frequente nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta e sexta décadas (GUS *et al.*, 2004; SCALA *et al.*, 2008).

Gênero: Segundo Colombo (2011), estudos de base populacional indicam que a prevalência, o impacto e o controle da hipertensão arterial diferem entre os gêneros. A regulação da PA pode sofrer influencia de situações particulares das mulheres, como síndrome do ovário policístico, uso de contraceptivo, gestação, menopausa e reposição hormonal, levando, ao aumento significativo da PA e ao desenvolvimento da HAS em alguns casos; porem os mecanismos responsáveis pelas diferenças na regulação da PA nos sexos feminino e masculino não estão completamente compreendidos.

Raça: Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e raça são escassos, sendo que as mulheres negras têm prevalência de hipertensão de até 130% em relação às brancas (SBC,SBH, SBN, 2010).

Fatores de riscos Modificáveis.

Fatores Socioeconômicos: Baixa renda e baixa escolaridade se associam a maior prevalência de HAS e menor controle dos níveis de PA. Segundo MILL (2004), num estudo realizado em Vitória-ES, em 2004, mostrou a relação inversa e variável entre prevalência de HAS e nível socioeconômico: no segmento mais alto 30,5% e, até, 47,0% no mais baixo, com predomínio neste das formas mais graves da doença.

Ingestão de sódio na dieta: Existe uma associação entre o consumo de sódio e o aumento da PA. Segundo HE e MACGREGOR, (2003) o efeito da redução no consumo de sal sobre a pressão arterial revelou que a queda da PA é tanto maior quanto maior for a redução do conteúdo de sal na dieta.

Sedentarismo: O sedentarismo contribui para o aumento da frequência de HAS em crianças, adolescentes e adultos, ocorrendo relação inversa entre aptidão física e PA. Portanto, o exercício físico regular está relacionado à redução da PA, do risco de DCV e mortalidade geral (SBC,SBH, SBN, 2010).

Obesidade: Fortes evidências experimentais, epidemiológicas e clínicas identificam a obesidade como uma das principais causas de HA, sendo sua prevalência três vezes maior em pacientes obesos. Estima-se que 85% de todos os diabéticos com mais de 55 anos sejam hipertensos e obesos; que 80% de todos os obesos apresentem HAS associada à intolerância à glicose; e, que 67% dos hipertensos sejam diabéticos e obesos (SCALA, 2008).

Tabagismo: a nicotina do cigarro aumenta agudamente a PA, devido o seu efeito simpaticomimético que dura aproximadamente 30 minutos (VERDECCHIA *et al.*, 1995).

Após o diagnóstico de HAS, é de suma importância a estratificação do risco cardiovascular. O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2013) e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário** – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

A abordagem terapêutica da HAS fundamenta-se em tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A mudança comportamental no estilo de vida com a adesão a um plano alimentar saudável e prática de atividade física se faz imprescindível para o tratamento da HAS.

[...] Assim, o tratamento não farmacológico seria composto de: redução de peso; diminuição da ingestão de sódio; diminuição ou abandono do consumo de álcool; e atividade física programada; que são medidas com maior eficácia terapêutica; enquanto que a descontinuação do tabagismo, controle de dislipidemia, controle do Diabetes Mellitus, evitar drogas que potencialmente elevem a pressão arterial e suplementação de potássio, cálcio e magnésio; dietas vegetarianas ricas em fibras, medidas anti estresse são medidas ainda em fase avaliativa (SARQUIS *et al.*, 1998, p. 343).

O tratamento medicamentoso para a HAS deve ser indicado após a avaliação médica. Os medicamentos das seis classes são: diuréticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), vasodilatadores diretos, bloqueadores dos

canais de cálcio, inibidores adrenérgicos e antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II (LESSA, 2010).

Segundo Neves *et al.*, (2011), o momento de introduzir a medicação vai depender dos valores de PA e do risco cardiovascular dos pacientes. Os pacientes com HAS em estágio 1 e que apresentem menos de 2 fatores de riscos podem iniciar com medidas não farmacológicas antes da terapia farmacológica; que quando começar deve se usar a monoterapia. Pacientes com HAS estágio 2 e 3 devem começar com tratamento farmacológico com associação de 2 o mais fármacos. Pacientes com HAS estágio 2 e 3 associados a doença cardiovascular, diabetes Mellitus ou equivalentes devem receber tratamento farmacológico de imediato. É considerado que todos os pacientes hipertensos são tributários de modificações nos estilos de vida, e só quando confirmar a necessidade utilizar tratamento medicamentoso.

Além do desenvolvimento e os avanços no campo da farmacologia na obtenção de drogas hipotensoras eficazes no controle da HAS, continua sendo o tratamento não farmacológico com as suas características o de maior importância. Daí que os profissionais da saúde tenham o conhecimento e convencimento sobre este proceder para poder acionar na sua comunidade; que deve ser devidamente estimulada e convencida de este como terapia mais apropriada (LESSA, 2010).

Para lograr a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é necessário que o comportamento do paciente esteja de acordo com as orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde, intimamente ligadas à terapia medicamentosa e as mudanças no estilo de vida. Porém é de suma importância à participação e o apoio da família, na adoção de atitudes mais saudáveis devida, incentivando e auxiliando na mudança de rotina do portador de HAS (BRASIL, 2013). A HAS constitui um dos principais problemas da saúde pública e merece um atendimento prioritário, por ser um dos principais motivos pelos quais a população solicita consultas médicas, ou motiva internações hospitalares. Com uma imagem de tormenta silenciosa a HAS avança no mundo e a cada vez é maior o número de pessoas que resultam afetadas na sua qualidade de vida por essa síndrome que é considerado como a doença crônica mais frequente no adulto.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Identificação dos problemas

A equipe de saúde após a discussão da situação de saúde da área Cacimbas identificou os seguintes problemas de saúde.

- Alta prevalência de pacientes com síndrome metabólica; sabendo-se que portadores da síndrome Metabólica têm elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares.
- Pouca prática de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. A introdução de leite artificial e outros alimentos nas crianças menores de 6 meses incrementa o risco de doenças digestivas, respiratórias e desnutrição. Para as mães reduz-se o risco de apresentar câncer de mama.
- Elevado índice de parasitismo intestinal; que está relacionado à desnutrição, baixo peso, anemia e complicações digestivas.
- Elevado índice de pacientes hipertensos não controlados; particularmente devido á dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. Os pacientes não fazem de forma correta o tratamento; seja por abandono do mesmo ou falta de disponibilização dos medicamentos anti-hipertensivos no município.
- Baixa adesão ao tratamento dos pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo II. Existe dificuldade no controle da glicose em níveis considerados aceitáveis incrementando o risco de complicações vasculares, renais, neurológicas, entre outras.

Quadro 2: Priorização dos Problemas

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Alta incidência de pacientes com síndrome metabólica | Alta | 7 | Parcial | 5 |
| Pouca pratica do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Elevado índice de parasitismo intestinal | Alta | 6 | Parcial | 4 |

| | | | | |
|--|------|---|---------|---|
| | | | | |
| Elevado índice de hipertensos não controlados | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Baixa adesão ao tratamento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo II | Alta | 6 | Parcial | 3 |

Descrição do Problema

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as co-morbidades associadas. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Na UBS Cacimbas a complicação mais frequente são as doenças cerebrovasculares isquêmicas. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito.

Identificação dos nós críticos

Os nós críticos identificados foram:

- Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial.
- Alimentação não saudável (principalmente comidas salgadas e gordurosas).

- Índice elevado de obesidade; por estilos de vida inadequados com ênfase no sedentarismo.
- Baixa cobertura de medicamentos anti-hipertensivos na Estratégia de saúde da Família e na rede de farmácias do município.

6.1 Plano de Ação

As ações relativas a cada “nó crítico” serão detalhadas nos Quadros 3 a 6.

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado índice de pacientes hipertensos não controlados na Unidade Básica de Saúde Cacimbas do município Joaquim Gomes”.

| | |
|-----------------------------|--|
| Nó crítico 1 | Baixo nível de informação da população acerca de Hipertensão Arterial. |
| Operação | Elevar os conhecimentos sobre a hipertensão arterial, fatores de riscos, tratamento não farmacológico e sobre os riscos cardiovasculares e cerebrovasculares. |
| Projeto | Saiba mais sobre Hipertensão Arterial. |
| Resultados Esperados | Que o 90 % dos pacientes adscritos na unidade incrementem os conhecimentos sobre a doença, os fatores de risco, tratamento não farmacológico, os riscos cardiovasculares e cerebrovasculares e complicações. |
| Produtos esperados | Realizar uma capacitação sobre hipertensão Arterial dos profissionais da equipe de saúde. Realizar palestras que abordem os fatores de riscos, tratamento não farmacológico e riscos da hipertensão arterial. Propaganda educativa sobre a doença no jornal e na radio local e nos automóveis falantes da cidade. Reprodução de material audiovisual na sala de espera da UBS. Impressão e distribuição de cartazes, folhetos educativos e material didático. Realizar um questionário direcionado á população para avaliar seu nível de informação acerca da doença. |

| | |
|--|---|
| Atores sociais/ Responsabilidades | Secretaria de Saúde Sector de comunicação social |
| Recursos Necessários | Cognitivo: Conhecimentos de estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional: Organizar a agenda Político: Articulação inter setorial Mobilização social. |
| Recursos Críticos | Político: Implementar espaço nas redes de difusão por automóveis falantes, rádio e jornal local. Financeiro: Impressão de folhetos educativos e cartazes. Disponibilizar materiais audiovisuais. |
| Controle dos Recursos Críticos/ Viabilidade | Secretário municipal de saúde motivado pelo projeto de intervenção. |
| Ação Estratégica de motivação | Apresentar o projeto de intervenção na secretaria de saúde do município. |
| Responsáveis | Médico, Enfermeira, Agentes comunitários de saúde. |
| Cronograma/ Prazo | Início em três meses, duração indefinida. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação. | Será acompanhada diretamente pela equipe de saúde da família e avaliada sistematicamente. |

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado índice de pacientes hipertensos não controlados na Unidade Básica de Saúde Cacimbas do município Joaquim Gomes”.

| | |
|-----------------------------|---|
| Nó crítico 2 | Alimentação não saudável |
| Operação | Estimular a hábitos e estilos de vida entre pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe. |
| Projeto | Alimentando-se bem. |
| Resultados Esperados | Modificar hábitos alimentares na população hipertensa cadastrada e acompanhada pela equipe. Redução do consumo de sal nas comidas da população hipertensa. Reduzir a ingestão de comidas gordurosas entre os hipertensos. Estimular a ingestão de verduras frutas e vegetais. |

| | |
|--|--|
| Produtos esperados | <p>Palestras educativas sobre alimentação saudável</p> <p>Reproduzir material audiovisual sobre alimentação adequada em pacientes hipertensos.</p> <p>Realizar consultas com a nutricionista do município.</p> <p>Impressão e distribuição de material didático educativo, cartazes sobre os grupos de alimentos que devem e podem ser consumidos pelos pacientes hipertensos.</p> <p>Programa de radio “Duvidas de um hipertenso acerca da alimentação”, onde a população hipertensa participe através de ligações telefônicas.</p> |
| Atores sociais/ Responsabilidades | <p>Controle do secretário municipal de saúde motivado pelo projeto de intervenção.</p> <p>Secretaria de Comunicação.</p> <p>Núcleo de Atenção de Saúde da Família (NASF).</p> |
| Recursos Necessários | <p>Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado.</p> <p>Político: Mobilização social e inter-setorial. Espaço na radio local.</p> <p>Organizacional: Organizar a agenda.</p> |
| Recursos Críticos | Financeiro: Disponibilizar recursos audiovisuais, para a impressão de folhetos educativos, cartazes, etc. |
| Controle dos Recursos Críticos/ Viabilidade | Controla o secretario municipal de saúde motivado pelo projeto de intervenção. |
| Ação Estratégica de motivação | Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. |
| Responsáveis | Equipe de saúde da família, nutricionista. |
| Cronograma/ Prazo | Início em quatro meses, duração indefinida. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação. | Será acompanhado pela equipe de saúde e avaliado sistematicamente. |

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado índice de pacientes hipertensos não controlados na Unidade Básica de Saúde Cacimbas do município Joaquim Gomes”.

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Nó crítico 3 | Elevado índice de obesidade |
| Operação | Diagnóstico de obesidade |

| | |
|--|--|
| Projeto | A obesidade também é uma doença. |
| Resultados Esperados | Diagnosticar os pacientes hipertensos que sofrem de obesidade. Reduzir em um 30 % o índice de obesidade nos pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe. Modificar estilos de vida para diminuir o risco de obesidade em hipertensos sobrepesos e normopesos. |
| Produtos esperados | Medir peso e calcular índice de massa corporal nos 100 % dos pacientes hipertensos. Praticar exercícios físicos e baio terapia três vezes por semana no ginásio da comunidade. Programa “Mais para as caminhadas”. Avaliação pela nutricionista dos 100% dos hipertensos diagnosticados com obesidade. Realizar palestras educativas sobre a obesidade e os riscos para a saúde. Reproduzir materiais audiovisuais sobre os riscos cardiovasculares da obesidade. |
| Atores sociais/ Responsabilidades | Secretaria de Saúde. Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF). |
| Recursos Necessários | Organizacional: Fluxo para o rastreamento dos pacientes, com participação da equipe multiprofissional. Cognitivo: Capacitar os membros da equipe na medição do peso, índice de massa corporal e circunferência abdominal. Político: Mobilização social. |
| Recursos Críticos | Político: Mobilização social. Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos. |
| Controle dos Recursos Críticos/ Viabilidade | Controla o secretario municipal de saúde motivado pelo projeto de intervenção. |
| Ação Estratégica de motivação | Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. |
| Responsáveis | Equipe de saúde, Nutricionista, Educador físico. |
| Cronograma/ Prazo | Início em cinco meses, duração indefinida. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação. | Será acompanhado pela equipe de saúde e avaliado sistematicamente. |

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevado índice de pacientes hipertensos não controlados na Unidade Básica de Saúde Cacimbas do município Joaquim Gomes”.

| | |
|--|---|
| Nó crítico 4 | Baixa cobertura de medicamentos anti-hipertensivos no município. |
| Operação | Distribuição do tratamento anti-hipertensivo completo para todos os pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe. |
| Projeto | Cobertura anti-hipertensiva 100% |
| Resultados Esperados | Cobertura anti-hipertensiva aos 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe todo o ano. |
| Produtos esperados | Realizar um levantamento do tratamento anti-hipertensivo de cada hipertenso cadastrado. Ofertar os medicamentos anti-hipertensivos a cada dois meses em quantidade total. Programa de controle de medicamentos padronizados na rede. Solicitar a compra de medicamentos anti-hipertensivos em quantidade suficiente. Abastecimento semanal de medicamentos as UBS. Oferecer tratamento anti-hipertensivo supervisionado pelo ACS aos idosos que moram sós e aos não alfabetizados. |
| Atores sociais/ Responsabilidades | Secretaria Municipal de saúde. Farmácia Municipal. Farmácia do trabalhador |
| Recursos Necessários | Políticos: articulação intersetoriais para aquisição de fármacos. Financeiros: previsão semestral de medicamentos fornecidos no programa e aquisição de medicamentos de alto custo. Organizacional: organizar a agenda política. |
| Recursos Críticos | Políticos: apoio da secretaria municipal de saúde e da prefeitura. Financeiros: liberar recursos para a aquisição de medicamentos. |
| Controle dos Recursos Críticos/ Viabilidade | Secretaria de saúde Prefeitura |
| Ação Estratégica de motivação | Apresentar o Projeto de intervenção Educativa. Apoio das associações |

| | |
|--|--|
| Responsáveis | Secretário de saúde Equipe de saúde da família |
| Cronograma/ Prazo | Início em dois meses, duração indefinida |
| Gestão, acompanhamento e avaliação. | Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente. |

Quadro 7: Avaliação e monitoramento dos projetos.

| Projeto | Operações | Responsáveis | Monitoramento | Avaliação |
|-------------------------------------|---|--|----------------------|------------------------------|
| Saiba mais de Hipertensão Arterial. | Elevar os conhecimentos sobre a hipertensão arterial, fatores de riscos, tratamento não farmacológico e sobre os riscos cardiovasculares e cerebrovasculares. | Médico, Enfermeira, Agentes comunitários de saúde. | Mensal | 1 ano após da implementação |
| Alimentando-se bem. | Modificar hábitos e estilos de vida em um 50 % dos pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe. | Equipe de saúde da família, nutricionista. | Mensal | 1 ano após da implementação |
| A obesidade também é uma doença. | Diagnostico de obesidade | Equipe de saúde, Nutricionista, Educador físico. | Mensal | .1 ano após da implementação |
| Cobertura anti-hipertensiva 100%. | Cobertura anti-hipertensiva 100% | Secretario de saúde. Equipe de saúde. | Mensal | 1 ano após da implementação |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações como doença cerebrovascular isquêmica e infarto agudo do miocárdio. As crises hipertensivas são as principais causas de atendimentos nas redes de urgência. Nas últimas décadas a sua incidência e prevalência vem aumentando associada aos riscos de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares que constituem uma das primeiras causas de morte no Brasil e no mundo.

A equipe analisou o problema e concluiu que a proposta de intervenção viável no contexto da estratégia de saúde da família; tendo como grande desafio reduzir a carga da doença bem como o impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento. O projeto busca reduzir o índice de pacientes hipertensos não controlados aumentando a adesão dos pacientes ao tratamento. Ao longo prazo acreditamos que contribuiremos para a redução dos riscos de complicações cerebrovasculares e cardiovasculares e conseqüentemente com a diminuição da mortalidade e incapacidade física e motora.

É de suma importância a capacitação da equipe de saúde para a realização deste projeto; o que permitirá acompanhar adequadamente aos pacientes e, assim, garantir a efetividade e a eficácia das ações de saúde implementadas. Através de práticas que incentivem mudanças no estilo de vida e com a otimização do tratamento medicamentoso contínuo e supervisionado esperamos promover o controle da pressão arterial de forma adequada.

Finalmente a realização deste projeto não seria possível sem o apoio técnico e financeiro por parte do gestor municipal de saúde e da equipe multidisciplinar. A participação contínua da comunidade na execução dos projetos elaborados é fundamental; com o acompanhamento e avaliação constante das ações de intervenção.

REFERÊNCIAS

ALVARES, Y. Modificación de conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos de la Facultad Independiente Hermanos Marañón. 2011. Disponível em: [http:// www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com) acesso em junho 2015.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL EM 2013. Perfil do município Joaquim Gomes, Al. Disponível em: [http:// www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br) acesso em 1 junho 2015.

BARTOSH, S.M.; ARONSON, A.J. Childhood hypertension: an update on etiology, diagnosis and treatment. *Pediat. Clin. North AM.*, p. 235-52, 1999.

BINDER, A. A review of genetics of the essential hypertension. *Curr. Opin. Cardiol.*, v. 22, n. 3, p. 176- 84, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos da atenção Básica: Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHOBANIAN, A. V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: National Institutes of health. , p. 88, 2004.

COLOMBO F. C. *et al.* Hipertensão arterial na mulher. *Cardiologia*. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo. Ed. Manole. , p. 628-30, 2011.

GRANDI, A. M .*et al.* Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**. USA., v. 19, n. 2, p. 140-145, fev. 2006.

GUS, I. *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq. Bras. Cardiol.* , v. 83, n. 5, p. 424-8, 2004.

HE, F.J.; MACGREGOR, G. A. How far should salt intake be reduced? *Hypertension.*, v. 42, p. 1093-9, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Alagoas, município de Joaquim Gomes, 2014. Disponível em: [http:// www.cidades.ibge.com.br](http://www.cidades.ibge.com.br) acesso em 1 junho 2015.

LESSA, I. Hipertensão sistêmica no Brasil: tendência temporal. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em junho 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. , p. 337-362, 2009.

MARQUEZ, C. E. *et al.* Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAP study Na Med. Interna**, USA. , v. 7, n. 24, p. 312-316, jul. 2007.

MILL, J. G. *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial na cidade de Vitória, Espírito Santo. Hipertensão., v. 3, n. 7, p. 109-16, 2004.

NEVES, M. F. Hipertensão Arterial Sistêmica. Revista Brasileira de medicina. , v. 4, n. 69, p. 78 – 86, 2011.

SARQUIS, L. M. M.*et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo. , v. 4, n. 32, p. 335 -53, dez. 1998.

[SBC; SBH; SBN] Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. , p. 951-51, 2010.

SCALA, L. C. N. Obesidade como fator na hipertensão de difícil controle. In: Hipertensão Arterial de Difícil Controle- Da Teoria à Prática Clínica. São Paulo: Segmento Farma. , p. 53-63, 2008.

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

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

SOARES, J. M. Conduas em hipertensão arterial não controlada. Medicina Perioperatoria, Rio de Janeiro., cap. 14, p. 85-89, 2006.

VERDECCHIA, P. *et al.* Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. J. Hypertension., v. 3, n. 10, p. 1209-15, 1995.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. JACC. ,v. 1, n. 55, p. 66–73, 2010.

