

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

PEDRO LUIS BURÓN REYES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NA ÁREA DE SAÚDE
GAMELEIRA II**

UBERABA/ MINAS GERAIS

2014

PEDRO LUIS BURÓN REYES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NA ÁREA DE SAÚDE
GAMELEIRA II**

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: Prof: Katia Ferreira Costa Campo.

UBERABA/ MINAS GERAIS

2014

PEDRO LUIS BURÓN REYES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA NA ÁREA DE SAÚDE
GAMELEIRA II**

Banca Examinadora

Prof. Katia Ferreira Costa Campos.

Aprovado em Belo Horizonte, _____ de _____ de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que me têm apoiado para atender minhas metas que me levaram ao meu desenvolvimento e crescimento como profissional de saúde pública

Aos pacientes, com os quais aprendo, na prática médica diária, lições preciosas não reveladas nos livros e que se entregam em nossas mãos com tamanha esperança e confiança para aliviarmos seus sofrimentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que se revela nos mistérios da vida com simplicidade e surpresas.

Às minhas filhas: Vivianne Garcia Garcia, Maria Eugenia Burón Castaneda e Lilianne Burón Garcia por seu amor manifesto e paciência na longa espera.

À minha esposa, Lúdia Esther Garcia López, exemplo de dignidade e coragem, cúmplice de ideais, lutas e amor.

Aos meus colegas de trabalho, pelo companheirismo fraterno e singular.

EPIGRAFE

É a Medicina como o direito, profissão de luta, precisa-se de um bom coração para desenvolver com sucesso esse sacerdócio; o contato com as misérias morais e materiais, a luta com a sociedade e a natureza, faz mal às pequenas almas, enquanto é revelação de coisas grandes em almas grandes e bonitas.

José Martí

RESUMO

Estima-se que as doenças cardiovasculares (DCV) sejam a causa principal de mortalidade no mundo e no Brasil. Segundo vários estudos, as DCV estão ligadas a genética, estilo de vida (dieta inadequada, sedentarismo) e qualidade de vida, sendo estes, seus principais fatores de risco. A hipertensão arterial sistêmica tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com DCV. Perante a grande incidência da doença nos últimos anos, implicou-se no aumento de pesquisas sobre os fatores de risco. Com isso, objetivou-se realizar intervenções para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica. Para tanto, a pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Rosa Maria de Frange do município Uberaba. Para isso, adotou-se como metodologia a revisão de literatura sobre o tema, a fim de identificar estudos que apontassem ações, no atendimento da atenção primária, para atingir melhor controle da doença. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e por meio de uma ficha de avaliação. Para a análise dos dados, examinaram-se as estatísticas descritivas das amostras. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se a abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica como doença crônica, aumento da adesão da população às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações, bem como melhorar as condições de saúde dos pacientes do ESF Gameleira II.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, fatores de risco, hipertensão arterial sistêmica.

ABSTRACT

It is estimated that cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of mortality worldwide and in Brazil. According to several studies, CVD are linked to genetics, lifestyle (poor diet, physical inactivity) and quality of life, the latter being its main risk factors. Hypertension has become a problem for global public health, due to its high incidence and association with CVD. Given the high incidence of the disease in recent years, he was involved in the increase of research on the risk factors. Thus, it aimed to carry out interventions to improve the control of hypertension. Therefore, the research was carried out in Basic Health Unit Rosa Maria de Frange municipality of Uberaba. For this, it adopted as methodology the literature review on the topic in order to identify studies that pointed actions in the care of primary care, to achieve better control of the disease. Data collection was performed by applying the free and informed consent and through an evaluation form. For data analysis, examined whether the descriptive statistics of the samples. From the implementation of the action plan proposed is intended to approach the Systemic Hypertension as a chronic disease, increased adherence of the population to lifestyle changes and proper use of medications, as well as improve the health conditions of the patients ESF Gameleira II.

Keywords: Cardiovascular diseases, risk factors, hypertension

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE: Instituto Brasileiro de geografia e estatística

IDH: Índice de desenvolvimento humano

ESF: Equipe de saúde da família

ESB: Equipe de saúde bucal

NASF: Núcleo de apoio a saúde da família

CEO:

UMS: Unidades Matriciais de Saúde

O.R.L: Otorrinolaringologia

TFD: Tratamento fora de domicilio

SAMU: Serviços de atendimento móvel de urgência

CTA: Centro de testagem anônima

ACS: Agentes comunitários de saúde

CEMIG: Central Elétrica de Minas Gerais

CODAU: Centro de Operação e desenvolvimento e saneamento de Uberaba

SBH: Sociedade Brasileira de Hipertensão

OMS: Organização Mundial de Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral

PES: Planejamento Estratégico Situacional

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 11 |
| OBJETIVOS..... | 21 |
| MÉTODOS..... | 22 |
| DESENVOLVIMENTO..... | 24 |
| PLANO DE AÇÃO..... | 29 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS | |

INTRODUÇÃO

1. Identificação do Município

O município de Uberaba com sua população de 3018813 habitantes pertence ao estado de Minas Gerais, fica localizado na região do Triângulo Mineiro, Mesorregião Triângulo Mineiro e Alto de Paranaíba e à Microrregião do mesmo nome. Sua localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes como Belo Horizonte há 477Km; Uberlândia há 107Km; Distrito federal há 519; Rio Janeiro há 883 Km e São Paulo há 484 Km (IBGE, 2010).

Uberaba tem um área total de 4.540,5Km sendo 256Km de Área Urbana e 4.284,51 Km de Área rural com uma atitude de 823m, tem um clima tropical de atitude com uma concentração habitacional de 65,43 habitantes/km², com um N^o. Aproximado de domicílios (96.789) e famílias (107.030), além disso, tem um índice de urbanização de 287.077 habitante para a zona urbana e 9.184 habitante para zona rural o que indica uma Taxa de Urbanização de 96,90% (IBGE, 2010).

Uberaba tem como Prefeito atual ao senhor Paulo Piau Nogueira, como secretario municipal de saúde ao senhor Fahim Miguel Sawam e como Coordenador da Atenção Básica a psicóloga Elaine Teles Vilela Teodoro que também atende como Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal e de referência técnica ao sr. Laércio Manqueci Júnior.

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhangüera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816, que diferente das Minas Gerais estava livre do pagamento de impostos sobre minerais, a conhecida “derrama”, atraindo grande contingente de exploradores desses recursos, o que provocou algumas batalhas contra populações indígenas nativas e negras de quilombos, visto que a colonização do território brasileiro previa o extermínio, se necessário, dessas populações. (NABUT, 1986.)

Assim sendo, a segurança das tropas e caravanas que seguiram para Goiás era um requisito básico para a exploração das terras. Para tanto, o governo goiano nomeou

em 1809, Comandante Regente dos Sertões da Farinha Podre, Antônio Eustáquio da Silva Oliveira, que liderando uma Bandeira de 30 homens, atinge o Rio Uberaba, fixando-se na margem esquerda do Córrego das Lages. Junto com Major Eustáquio, vieram fazendeiros e aventureiros que passaram a comerciar com as caravanas que circulavam por esta rota. Em 1820, o rei D. João VI eleva Uberaba à condição de Freguesia, o que significou a emancipação em assuntos de ordem civil, militar e religiosa (NABUT, 1986).

As extensas propriedades que caracterizavam sua formação deveram-se aos baixos preços e isenção de impostos sobre as terras, dos quais foram beneficiários alguns dos que se dirigiram às regiões mineradoras de Goiás, notadamente a Desemboque, que rapidamente foram exauridas. Em 1840, tornou-se sede de Comarca, o que aumentou sua importância regional sendo alçada, em 1856, da condição de Vila para Cidade. Nesta época, já tinha grande importância como centro comercial (SAMPAIO, 1971).

A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia (SAMPAIO, 1971).

A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade que hoje em dia atinge a marca de 318.813 habitantes (PONTES,1970).

Acerca dos Aspectos socioeconômicos apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) atual de 0,77 o que faz que Uberaba se encontra na quarta colocação neste período . Renda Média Familiar perca pita aumentou R\$ 544,88, passando de R\$ 410,61 em 1991 para uma atual de R\$ 955,49, a extrema pobreza tem um índice de 0,67% tendo uma diminuição com respeito a anos anteriores (IBGE, 2010).

Em relação ao saneamento possui ligação de água em 99,9% dos domicílios, ligação de esgotos em 98% nos mesmos. A extensão das redes de água é de 698,65 Km e das redes de esgotos: 655,25 Km (UBERABA, 2014)

De acordo com a mesma publicação, as principais atividades econômicas são Açúcar e álcool, avicultura, biotecnologia, Algodão, alimentos e bebidas ,bovino cultura de corte e leite, calçado e confecções , Comercio em geral cosméticos, construção civil, Ensino, eletrodoméstico e ferramentas, fertilizante, Industria química, Metalomecânica, ovinocultura, Industria Moveleira, Produção Agrícola, Piscicultura, Prestação de serviço, suinocultura.

A taxa de Desemprego considerando a população com 16 anos e mais, economicamente ativa, desocupada, nos anos de 1991, 2000 e 2010 foi em torno de 13,4 % e atualmente com uma taxa de 5.1%

Sendo que a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é 1,07%.

Acerca dos aspectos demográficos, apresentamos a tabela 1 que detalha a população por faixa etária.

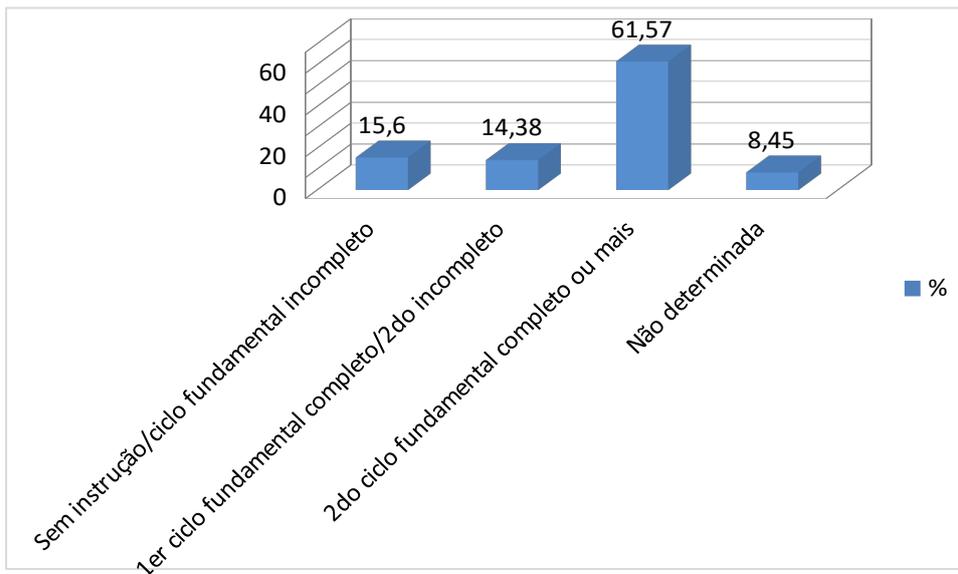
Tabela 1- Aspectos Demográficos do Município Uberaba Período, 2012.

| Faixa Etária | No. | % |
|---------------------|------------|----------|
| Menor de 1 ano | 3516 | 1,155 |
| 1 a 4 anos | 14130 | 4,645 |
| 5 a 9 anos | 17824 | 5,859 |
| 10 a 14 anos | 21288 | 6,998 |
| 15 a 19 anos | 23660 | 7,778 |
| 20 a 29 anos | 56136 | 18,45 |
| 30 a 39 anos | 47667 | 15,67 |
| 40 a 49 anos | 43647 | 14,34 |
| 50 a 59 anos | 36402 | 11,96 |
| 60 a 69 anos | 21426 | 7,044 |
| 70 a 79 anos | 12687 | 4,171 |
| 80 e mais anos | 5783 | 1,901 |
| Total | 304166 | 100,00 |

Fonte: IBEG – Censos Demográficos, 2000 e 2010.

A taxa de analfabetos é de 4,0%, considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010. Na atualidade a Taxa de Escolarização é de 98,7%.

Figura 1- Distribuição da população segundo Escolaridade



Fonte: IBEG – Censo Demográfico, 2010.

População usuária da assistência à saúde no SUS é em torno de 52,44%.

Em Uberaba a Taxa de longevidade aumentou de 68,9 anos para 73,93 anos em relação com anos anteriores, uma das maiores do país com uma expectativa de vida da população é de 73,9 anos e a Taxa de mortalidade infantil em Uberaba é de 9,51%, uma das menores do Brasil. (IBGE, 2010).

1.1 Sistema local de saúde

Em este município o Conselho Municipal tem como regulamentação a lei N^o 10.157/2007. As reuniões ordinárias realizam-se toda primeira quarta feira de cada mês , às 18h30 e fica aberta para a população. A mesa diretora do conselho municipal tem como presidente ao Sr. Valdemar Hial, vice- presidente: Genilda de Almeida Brito, Primeira Secretária Maria Cristina Strama, Segunda Secretária Viviane Sueli Garcia Cristino, a Mesa Diretora reunir-se-á em horário definido por seus componentes, na segunda e na última quarta-feira do mês, às 16h., na

Secretaria Municipal de Saúde ou extraordinariamente quando convocada pelo Presidente ou por cinquenta por cento de seus membros.

O orçamento destinado à saúde é 18% do orçamento municipal (R\$ 67.560.652, 96 de recursos próprios em 2013) e esses recursos da SMS no Fundo Municipal de Saúde, no diz respeito a contabilidade fica centralizado na Secretaria Municipal da Fazenda, porém o controle das despesas e a gestão do Fundo Municipal de Saúde é de responsabilidade do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I; Lei 8080, art. 9; art.32 § 2º e art.33 § 1º), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda. (UBERABA, 2014).

A reorientação do modelo assistencial foi feita com a implantação do Programa Saúde da Família em 2002, sendo resolutivo para cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população. Tem uma cobertura 52,44%, consta com um total de ESF de 47, 47 SB, 6 NASF, 3 CEO, 9 Unidades Matriciais de Saúde, dentre outros.

No município Uberaba, o sistema de saúde está organizado por níveis de atenção ou redes. Essas redes oferecem atendimento aos pacientes de forma ascendente de menor a maior complexidade. Estas redes são:

Atenção básica: como porta de entrada dos pacientes das áreas ao sistema de saúde, sendo a base da organização como atenção primária de saúde, composta pelas unidades básicas de saúde que possuem clínicos, odontólogos, psicólogos, nutricionista, assistente sociais, enfermeiros.

As unidades matriciais de saúde que além desses serviços oferecem também ginecologista e pediatras e em alguns casos plantão de clínico geral até 22:00h

A Atenção especializada, nível secundário de atenção é constituída por unidades que oferecem serviços ambulatoriais especializados onde se faz avaliação dos pacientes com risco sendo encaminhados pela atenção básica. Nestas unidades se oferecem serviços de diferentes especialidades como dermatologia, cardiologia, ortopedia, neurologia, Otorrinolaringologia, endócrino, oftalmologia, etc., além, disso se oferece atenção de urgência, aí temos as Unidade de pronto atendimento,

unidade regional de saúde, centro especializado em saúde mental, saúde da mulher e saúde do trabalhador

A Atenção terciária é baseada na atenção hospitalar para avaliação e internação dos pacientes com doenças de maior complexidade ou alto risco. Neste nível também há tratamento fora de domicílio (TFD) Para avaliação dos pacientes com doença de alta complexidade e que a solução para seu problema encontra-se fora do município.

O sistema municipal oferece outros serviços como ambulância distribuição de vacinas serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), almoxarifado, zoonose, centro de testagem anônima (CTA), farmácia popular dentre outros.

Este município constitui um polo para atendimento dos pacientes de outras cidades vizinhas tendo convênio com 27 municípios do entorno para que seus pacientes recebem tratamento em nossos hospitais.

Os recursos humanos em saúde do município são compostos por equipes de saúde da família, que tem o mínimo de profissional como um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também tem como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, com uma carga horária semanal é de 40 horas e duas horas de almoço e o horário de trabalho começa a 7.00 h até 17.00 h.

A área de abrangência, da equipe que faço parte, tem 701 famílias e sua população total é de 2593 habitantes. Ainda não temos toda a população cadastrada por falta de agentes comunitárias ficando quatro microáreas descobertas, bem como falta de técnica(o) de enfermagem dificultando o atendimento adequado e uma sobrecarga de trabalho da equipe. A seguir a Tabela 2 mostrando a distribuição da população da área de abrangência da equipe, por faixa etária e sexo.

Tabela 2 - Distribuição da população por sexo e faixa etária da área de abrangência de ESF Gameleiras II. 2014.

| Faixa Etária | Sexo | | Total |
|--------------|-----------|----------|-------|
| | Masculino | Feminino | |
| <1 | 3 | 6 | 9 |
| 1 - 4 | 43 | 65 | 108 |
| 5 - 6 | 37 | 38 | 75 |
| 7 - 9 | 52 | 62 | 114 |
| 10 - 14 | 84 | 87 | 171 |
| 15 - 19 | 106 | 113 | 219 |
| 20 - 39 | 417 | 416 | 833 |
| 40 - 49 | 167 | 197 | 364 |
| 50 - 59 | 155 | 1168 | 323 |
| >60 | 150 | 227 | 377 |
| Total | 1214 | 1379 | 2593 |

Fonte: Sistema de informação de atenção básica.

A população da área de abrangência conta com um nível de alfabetização de 93.81% e uma taxa de emprego de 5.1 e principais postos de trabalhos são de comercio, construção e também as indústrias.

As casas de forma geral são construída de alvenaria com acabamentos simples de recoberta de telha tipo Eternit- brasilit, a media de moradores por casa é de 6 pessoas, a iluminação é feita pela rede publica (CEMIG) e esgotos pela CODAU a maioria das casas são próprias, vivem de uma renda familiar que é variável mas a media e um pouco mais que o salario mínimo a distribuição de cesta básica a pessoas com dificuldade econômica , morrem de doença crônicas descompensadas, acidente, violências

Conta com recursos da comunidade a Unidade básica de saúde, duas creches, 5 igrejas, um centro espírita e duas praças. Tem Serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e atenção a saúde por meio da Unidade Básica, que fica localizada na Rua Catulino Nunes dos Santos, # 135, Bairro Cartafina sendo o acesso ao posto de saúde dificultado por muitos morros, com população morando muito longe do posto de saúde. A UBS abriga três equipes de saúde chamadas Costa Teles I, Costa Teles II e Gameleira II; com horário de funcionamento de 7.00 h até 17.00 h, com duas horas do almoço.

Minha equipe de saúde da família esta incompleta, sem o técnico de enfermagem, no momento com os seguintes profissionais:

Médico. Dr. Pedro Luis Burón Reyes

Enfermeira. Rosa

Agentes comunitários. Maria, Micheli, Dayanne e Laila

Possui área física para uso: de 50 m, tem três consultórios, um salão de espera, um área de vacina, três banheiros para pacientes e dois para trabalhadores, um consultório para enfermagem, uma sala de nebulização, um salão dental , uma área de esterilização, uma lavanderia, uma consulta de psicologia, dois salão para três equipe, um armazém.

1.2 Diagnostico situacional

Após a apresentação do município, sistema de saúde, unidade básica de saúde, a equipe e sua área de abrangência, segue o diagnóstico situacional realizado com vistas a elaboração de um plano de intervenção voltado para problemas prioritários da área de abrangência da equipe.

A determinação dos problemas de saúde, como primeiro passo para o plano de intervenção se realizou em reunião com os membros da equipe e a presença de algumas pessoas da comunidade e a equipe, sendo identificados, aplicando o método da Estimativa rápida os seguintes problemas de saúde:

1. Hipertensão arterial.
2. Diabetes mellitus.
3. Obesidade.
4. Consumo de drogas psicoativas.
5. Aumento da incidência de pacientes acamados.
6. Hipotireoidismo.
7. Alta incidência de Depressão

O problema escolhido foi os altos índices de Hipertensão Arterial não controlada na área de abrangência para o qual será traçado um plano de intervenção a ser

operacionalizado pela equipe. Abaixo se apresenta o Quadro 1, com a distribuição dos hipertensos por microárea.

Quadro 1 - Distribuição dos hipertensos por microárea.

| ESF | Total de Hipertensos | Femininos | Masculinos | Controlados | Não controlados | Adesão ao grupo do HIPERDIA |
|-------------|----------------------|-----------|------------|-------------|-----------------|-----------------------------|
| Microárea 1 | 56 | 35 | 21 | 13 | 43 | 13 |
| Microárea 2 | 62 | 44 | 18 | 21 | 41 | 21 |
| Microárea 3 | 87 | 53 | 34 | 30 | 57 | 30 |
| Microárea 4 | 59 | 30 | 29 | 20 | 39 | 20 |
| Microárea 5 | 54 | 36 | 18 | 8 | 46 | 8 |
| Microárea 6 | 58 | 12 | 46 | 12 | 46 | 12 |
| Total | 376 | 210 | 166 | 104 | 272 | 104 |

Destaca-se aqui que da quantidade total de hipertensos, 104 participam das atividades do grupo do HIPERDIA.

Em seguida, em reunião com a ESF e os líderes formais e informais da comunidade, se realizou a priorização dos problemas, analisando algumas características dos problemas, como apresentado no Quadro 2

Quadro 2 – Priorização dos problemas

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade enfrentamento | Seleção |
|--|-------------|----------|--------------------------|----------|
| Hipertensão arterial não controlada | Alta | 6 | Parcial | 1 |
| Diabetes mellitus | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Obesidade. | Alta | 1 | Parcial | 6 |
| Consumo de drogas psicoativas. | Alta | 2 | Parcial | 5 |

| | | | | |
|--|------|---|---------|---|
| Aumento de la incidência de pacientes acamados | Alta | 3 | Parcial | 4 |
| Hipotireoidismo | Alta | 1 | Parcial | 7 |
| Alta incidência de depressão | Alta | 4 | Parcial | 3 |

A escolha do problema, os altos índices de Hipertensão Arterial não controlada na área de abrangência, e o plano de intervenção traçado justificam-se pelo fato de que a Hipertensão Arterial é dos problemas de saúde que mais está afetando a comunidade e tem maior índice de mortalidade, com fatores de risco relacionados com estilos de vida inadequados, que podem ser modificados através de ações de intervenção para lograr o controle da doença, melhorar a qualidade de vida e diminuir a mortalidade.

A hipertensão Arterial em nossa área de abrangência é um problema que atinge ao 15,69% da população maior de 15 anos com um aumento significativo em sua incidência por mês. A equipe da saúde da família é consciente da necessidade de atuar sobre os fatores de risco e tentar modifica- os, com ações de saúde pois estes fatores aumente a morbidade o qual se reflexa nas cifras alta de pressão arterial e sua complicações. Nesse sentido, espera-se com o plano de intervenção possa contribuir para melhoria de tal situação.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para lograr o controle da Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF da Gameleira II

Objetivos específicos

Percorrer os passos propostos para o PES

Elaborar revisão de literatura com vistas a fundamentar a elaboração do plano

METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de ação foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p. 110), que “propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo e possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais incluindo a população”

Este método conta de 4 momentos

Momento explicativo: Neste momento realizamos o diagnóstico situacional para conhecer os principais problemas da comunidades com a participação de atores sociais, identificamos, priorizamos e analisamos os problemas de saúde da comunidade onde vai-se intervir.

Momento normativo: Nesta etapa elaboramos propostas de solução para o enfrentamento dos problemas encontrados. Coincide com o desenho das operações.

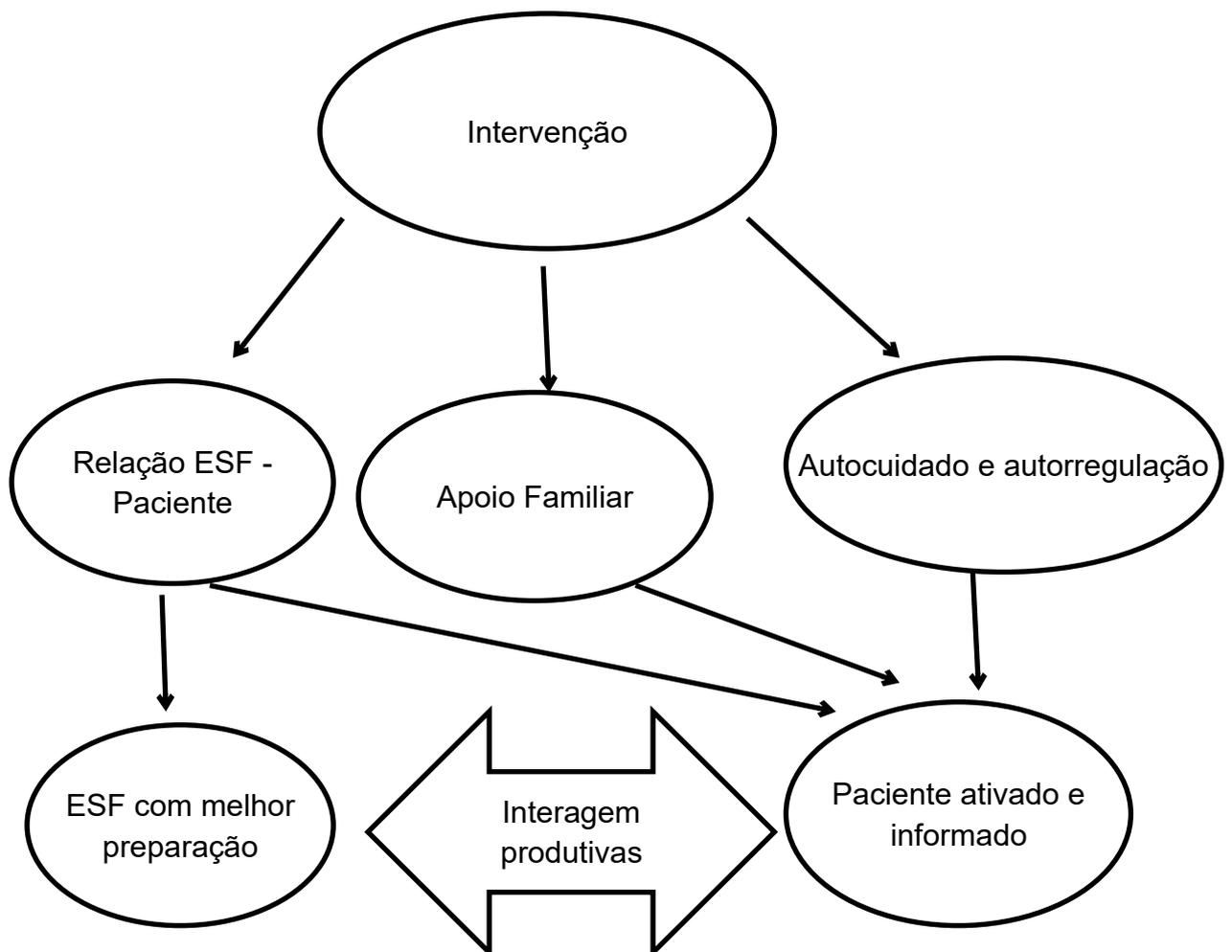
Momento estratégico: Analisamos e construímos a viabilidade das propostas de solução elaborando estratégias para a disponibilização e utilização dos recursos críticos e assim alcançarem os objetivos traçados.

Momento tático-operacional: Este momento coincide com a execução plano de ação e a construção e implementação do modelo de gestão para sua avaliação.

Para embasar a proposta de intervenção, também será realizada revisão narrativa da literatura, na pesquisa bibliográfica com o tema Hipertensão Arterial foram encontrados 3 textos na Biblioteca Virtual do Curso, e com o mesmo tema foram encontrados 9 textos em português na Biblioteca LILACS, e com o tema fatores de risco da Hipertensão Arterial foram encontrados 12 textos na Biblioteca LILACS, a coleta de dados foi realizada nos banco de dados do DATASUS e IBGE, utilizou-se a folha eletrônica Excel 2010 para Windows para coleta de dados os quais serão analisados estatisticamente segundo as variáveis de interesse para o estudo e se utilizarão os seguintes descritores: Promoção de saúde, fatores de risco, Habito de fumar e Hipertensão. O análise das publicações se realizará de forma descritiva comparando com nossos resultados.

A intervenção vai constar de 3 etapas :

- Diagnóstica: Vamos determinar os conhecimentos da população sobre Hipertensão Arterial aplicando um questionário com perguntas sobre controle de fatores de risco e tratamento (modificação de estilos de vida e medicamentoso).
- Intervenção: Vamos aplicar programa educativo com técnicas de educação em saúde (palestras, trabalho com grupos, técnicas de animação, etc.). Esta etapa vai-se realizar por seções de trabalho com grupos de 10 a 15 hipertensos.
- Avaliação: Nesta etapa vamos aplicar novamente o questionário inicial para avaliar os conhecimentos adquiridos e compara- os com a etapa diagnostica. Vamos avaliar também a repercussão da intervenção sobre as cifras de pressão arterial e a adesão ao grupo do HIPERDIA
- Com esta intervenção esperamos obter:



DESENVOLVIMENTO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática, que compromete os mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores do organismo. (MALTA DC, MOURA L, SOUZA FM, ROCHA FM, FERNANDES FM. 2009, p 337)

A hipertensão arterial é das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). 2002. Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. (ABC.MED.BR, 2008)

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. 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. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas da 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. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Considerada um dos principais fatores de risco de doença, é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. É uma condição de causas multifatoriais que deve receber a atenção e o cuidado de todos. (ROSÁRIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GVA, PEREIRA MRG, JARDIM PCBV. 2009, p 672-8)

Trata-se de uma doença de evolução insidiosa que progride de forma assintomática na maioria dos casos, sendo esse o ponto mais importante no que diz respeito às suas complicações. A HAS é uma doença que lesa em última instância o sistema vascular, e em sua evolução as artérias sofrem alterações estruturais diminuindo o aporte de sangue para os chamados órgãos-alvos. (PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A, BARROS H. 2009, p 963-75)

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão é herdada dos pais em 90% dos casos. Em uma minoria, a hipertensão pode ser causada por uma doença relacionada, como distúrbios da tireoide ou em glândulas endócrinas, como a suprarrenal. Entretanto, há vários outros fatores que influenciam os níveis de pressão arterial, entre eles: Fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física, diabetes, sono inadequado. (TERAZON MICLIN, RAGOLTA MOGRAVE, LABORI RUIZ, 2009) .

Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da hipertensão aumenta com a idade. Isso porque com o passar do tempo nossas artérias começam a ficar envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de dilatar - são chamados de vasos menos complacentes. Com isso a hipertensão arterial é mais fácil de acontecer - cerca de 70% dos adultos acima dos 50 ou 60 anos possuem a doença. (KAPLAN, FLYN, 2008)

Os sintomas da hipertensão costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal. (VIDALON-FERNANDEZ, 2010).

Apesar dos danos permanentes que pode causar, a hipertensão é pouco valorizada pela comunidade em geral, enquanto problema de saúde pública e vários fatores podem contribuir para esse descaso, como por exemplo, o fato da hipertensão quase sempre não apresentar qualquer sintoma o que muitas vezes dificulta o diagnóstico, que só pode ser feito por profissionais habilitados e a dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico que deve ser mantido durante toda a vida pelas pessoas acometidas por essa doença (CARSON, HOWARD, BURKE, SHEA, LEVITAN, MUNTNER, 2011, p 1331-42).

As principais complicações da hipertensão são AVC, por infarto agudo do miocárdio ou doença renal crônica. Além disso, a hipertensão pode levar a uma atrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca. É importante ressaltar que qualquer combinação de fatores de risco é sempre muito mais grave, pois o risco das comorbidades é multiplicado. Em média, uma pessoa com hipertensão que não controla o problema terá uma doença mais grave daqui 15 anos. (VIDALON-FERNANDEZ, 2010).

A hipertensão não tem cura, mas tem tratamento para ser controlada. No tratamento medicamentoso, somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente, que depende das comorbidades e medidas da pressão.

O número de doentes com HA tem vindo a aumentar, em particular nos países desenvolvidos, devido a três fatores principais: 1) o envelhecimento da população, com o conseqüente aumento da longevidade; 2) alteração do estilo de vida (maus hábitos alimentares e ausência de exercício físico) e 3) o incumprimento das terapêuticas. Níveis elevados de HA estão associados com um risco aumentado de mortalidade e morbidade por acidente vascular cerebral, problemas coronarianos, insuficiência cardíaca congestiva e doença renal, mas também tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas. (CESARINO *et al.* 2008, p 31-5).

Dessa forma, o melhor modo de prevenção e tratamento desta doença é uma mudança de estilo de vida e um controle adequado da pressão arterial, que deve iniciar-se desde a infância com estilo de vida saudável.

É importante ressaltar que o tratamento para hipertensão nem sempre significa o uso de medicamentos - mas se estes forem indicados, ela deve aderir ao tratamento e continuar a tomá-lo mesmo que esteja se sentindo bem. Mas mesmo para quem

faz uso de medicação é imprescindível adotar um estilo de vida saudável, de acordo com Santos, Lima (2009, S5- S6),

Manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares. Não abusar do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos. Praticar atividade física regular. Aproveitar momentos de lazer. Abandonar o fumo. Moderar o consumo de álcool. Evitar alimentos gordurosos. *Controlar o diabetes e outras comorbidades.*

Como problemática de vida, ser acometido pela HAS determina necessárias e imediatas mudanças no modo de viver das pessoas, individual ou coletivamente. O tratamento apropriado à pessoa com hipertensão arterial requer o desenvolvimento de ações em saúde interdisciplinares e intersetoriais, pois este problema não é exclusivo do setor saúde e requer o compromisso de todos os setores sociais que lidam direta ou indiretamente com questões de cidadania e direitos sociais, dentre as quais, o setor saúde é integrante desta rede. A saúde é mais do que cuidar ou curar as doenças, é direito de cidadania, inclui aspectos do cuidado ao corpo biológico, social e existencial, portanto, é um modo positivo de viver, ainda que coexistam adversidades (BRASIL, 2014).

A equipe de saúde deve orientar o usuário sobre a manutenção da pressão arterial (PA) em parâmetros normais, realização de consultas médicas, de enfermagem e de outras especialidades quando necessárias, aferição constante da pressão arterial, adesão consciente para tomada da medicação prescrita, necessidade de incorporar hábitos saudáveis ao cotidiano de pessoas com hipertensão arterial ou não (controle de peso, padrão alimentar adequado, redução do consumo de sal, eliminação do fumo, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico sem associação ao trabalho diário, controle do estresse psicossomático, estímulo a atividades educativas e de lazer individuais e em grupo), participação em atividades que melhorem a capacidade mental e a interação social desses indivíduos ao meio social em que vivem (COSTA, 2006).

O Caderno de Atenção Básica nº 37, que trata da Hipertensão Arterial, destaca que ações coletivas são necessárias para o adequado acompanhamento e tratamento dos portadores dessa doença pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

Na mesma publicação do Ministério da Saúde, afirma que assim temos, como atividades diretamente ligadas ao tratamento a ser desenvolvido pelas equipes

saúde da família: Aferição da pressão arterial; seguimento dos critérios de diagnóstico de classificação, buscando sua precoce detecção; avaliação clínica inicial segundo protocolos estabelecidos, mas respeitando as individualidades de cada situação clínica; considerações sobre a hipertensão arterial secundária; estratificação do Risco Cardiovascular, com o propósito de guiar a equipe sobre as complicações a serem prevenidas junto aos portadores de HAS; orientações sobre o processo decisório da terapêutica da hipertensão pela equipe multiprofissional; tratamento não farmacológico como primeira escolha nas situações sem a presença de fatores de risco e nas demais situações como forma de manutenção da saúde (controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, abandono de tabagismo, prática de atividade física regular, redução de uso de bebidas alcoólicas); o tratamento farmacológico, sua garantia e disponibilidade.

PLANO DE INTERVENÇÃO

Realizado o diagnóstico situacional, como primeiro passo, foi feita a escolha do problema prioritário, altos índices de Hipertensão Arterial não controlada na área de abrangência, no segundo passo e a seguir a sequência de elaboração do plano de intervenção a partir do terceiro passo:

Terceiro Passo: Descrição do Problema.

Este problema atinge ao 15,69% da população maior de 15 anos, e todo mês sua incidência aumenta num 0,34%, é um fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrais, em sua maior parte encontra-se associada a Diabetes Mellitus, obesidade e cardiopatias, sua maior incidência fica na faixa de 40 e mais anos e tem-se notado uma tendência ao diagnóstico em idades mais precoces com a busca ativa e aferição da pressão em todo maior de 15 anos. De um total de 376 hipertensos 210 são femininos e 166 masculinos, que tem um nível de descompensação, alto produto de fatores externos e comportamentais.

Quarto Passo: Explicação do problema

A hipertensão Arterial em nossa área de abrangência é influenciada por alguns fatores de risco que aumentam a sua incidência e descompensação entre eles temos:

- Antecedentes patológicos familiares de Hipertensão Arterial Sistêmica
- Tabagismo
- Consumo excessivo de sal e gorduras na dieta
- Obesidade acompanhada da Síndrome Metabólica
- Sedentarismo ou inatividade física
- Consumo de risco alcoólico

Este problema pode trazer como consequência um aumento da morbidade e mortalidade da população com fatores de risco, incremento da incidência de doenças como cardiopatias isquêmicas, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais, levando a lotação das Unidades de pronto atendimento e aumento das internações hospitalares.

Quinto Passo: Identificação dos nós críticos

1. Fatores hereditários y predisponentes:

- Antecedentes Patológicos Familiares de Hipertensão Arterial Sistêmica

2. Estilo de vida inadequado

- Tabagismo
- Consumo excessivo de sal e gorduras na dieta
- Obesidade acompanhada da Síndrome Metabólica
- Sedentarismo ou inatividade física
- Consumo de risco alcoólico

3. Grupos operativos com metodologias passivas, não favorecendo a autonomia dos hipertensos.

Os nós críticos “estilo de vida” e Grupos operativos com metodologias passivas foram os escolhidos para a elaboração das operações para o plano de intervenção.

Sexto ao décimo passo.

A partir do sexto passo, para a apresentação no presente trabalho de conclusão de curso, elaboraram-se quadros sintetizando o resultado da aplicação desses passos.

5.1 Operações para o nó crítico “Estilo de vida inadequado”

“Quadro 2 – Operações sobre o “ Estilo de vida inadequado” relacionado ao problema “ altos índices de Hipertensão Arterial não controlada na área de abrangência” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Gameleira II, em Uberaba, Minas Gerais

| | |
|-----------------------------|---|
| Nó crítico 1 | Estilo de vida inadequado |
| Operação | Auto - regulação |
| Projeto | Avaliação de conhecimentos dos pacientes Avaliar grau de envolvimento da família no controle da doença |
| Resultados esperados | Modificação de fatores de risco e atingir a pratica de hábitos dietéticos saudáveis |

| | |
|---|--|
| | Acrescentar apoio da família no controle dos fatores de risco |
| Produtos esperados | Palestra sobre fatores de riscos modificáveis da Hipertensão Arterial e estilos de vida saudáveis Orientação individual às famílias para inseri – as na mudança do estilo de vida dos pacientes |
| Atores sociais/ responsabilidades | Membro do conselho de saúde: Mobilização dos usuários para as palestras Médico: Para desenvolver a palestra e a orientação às famílias |
| Recursos necessários | Cognitivo: Conhecimentos sobre a doença, sobre técnicas de Educação em Saúde e terapia grupal. Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc |
| Recursos críticos | Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Coordenador de Atenção Básica Motivação: Favorável |
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do Plano de ação |
| Responsáveis: | Médico: Pedro Enfermeira Rosa Técnica de Enfermagem Marina |
| Cronograma / Prazo | 2 meses para começar |
| Gestão, acompanhamento e avaliação. | Avaliação após 6 meses do início do projeto |

5.2 Operações para o nó crítico Grupos operativos com metodologias passivas

“Quadro 3 – Operações sobre o “Grupos operativos com metodologias passivas” relacionado ao problema “altos índices de Hipertensão Arterial não controlada na área de abrangência” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Gameleira II, em Uberaba, Minas Gerais.

| | |
|---|--|
| Nó crítico 2 | Grupos operativos com metodologias passivas |
| Operação | Hipertenso Ativo |
| Projeto | Linha de cuidado de HAS |
| Resultados esperados | Capacitar equipe de saúde Aplicação de técnicas de animação Ampliar acesso gratuito aos medicamentos e insumos Orientação enquanto ao uso correto das medicações Responsabilidade com sua saúde Diminuição das internações e complicações ESF melhor preparado Paciente informado e ativado |
| Produtos esperados | Visita Domiciliar para garantir adesão dos pacientes ao grupo do HIPERDIA Educação continuada sobre trabalho com grupos operativos, técnicas de educação em saúde, Ética profissional e grau de satisfação dos pacientes. |
| Atores sociais/ responsabilidades | ESF para realizar visitas, fazer a educação continuada e aplicar as técnicas de animação. |
| Recursos necessários | Cognitivos: Conhecimentos sobre trabalho com grupos, sobre ética e participação comunitária e social. Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc. |
| Recursos críticos | Financeiros: para distribuição de folhetos, cartilhas, etc. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Coordenador de Atenção Básica Motivação: Favorável |

| | |
|---|--|
| Ação estratégica de motivação | Apresentação do Plano de ação |
| Responsáveis: | Médico: Pedro Enfermeira Rosa Técnica de Enfermagem Marina |
| Cronograma / Prazo | 2 meses para começar |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | 6 meses após do início do projeto |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de adesão ao programa da hipertensão arterial sempre deve ser motivo de atenção e preocupação dos profissionais de saúde. Torna-se necessário assim,

desenvolver estratégias na assistência ao idoso para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe-usuário-família, com o intuito de aumentar o conhecimento da população sobre a hipertensão arterial, bem como a importância do seu tratamento. Neste sentido, a capacitação dos profissionais de saúde para desenvolver ações de educação em saúde deve ser valorizada, permitindo que estes possam melhor assistir os idosos e seus familiares.

Ressalta-nos a necessidade de conhecermos com propriedade a realidade de vida da população circunscrita na área de abrangência da UBS. Através do estabelecimento desse vínculo equipe-família se configuram perspectivas tanto para minimizar o desconhecimento por parte da família sobre os problemas que acometem sua saúde, como também permite ao profissional compreender as particularidades da complexa rede de cuidado e suporte que envolve cada família. Entende-se a importância dos profissionais das ESF realizar busca ativa dos indivíduos que abandonaram o HIPERDIA e identificar os elementos dificultadores, buscando a reinserção dos mesmos ao programa.

REFERÊNCIAS

ABC. MED. BR, 2008. **Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>.

Acesso em: 18 out. 2014.

BRASIL, MS. **HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manualHIPERDIA_1.5_M_02.pdf>. Acesso em: 25 de Outubro de 2014

BRASIL, MS. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica** n° 37. Brasília: Ministério da Saúde. 51 p. 2013

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

CARSON, A.P.; HOWARD, G., BURKE, G.L., SHEA, S.; LEVITAN, E.B.; MUNTNER, P. Ethnic Differences in Hypertension Incidence Among Middle-Aged and Older Adults: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Hypertension**. v. 77, n. 9774, p. 1331-40, 2011.

CESARINO CB, CIPULLO JP, MARTIN JFV, CIORLIA LA, GODOY MRP, CORDEIRO JA, *et al*. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**. v 9, n 11, p 31-5. 2008

COSTA, D. M. N. Atuação do SUS no controle da hipertensão arterial: a experiência de Juiz de Fora. 2006. Tese (Doutorado em Medicina), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

IBGE. **Censo populacional, 2008-2012**. Disponível em: <http://ibge.gov.br> Acesso em: 19 set. 2014

KAPLAN N.M, FLYN J.T. **Kaplan's Clinical Hypertension**. 9th Edition. Baltimore: Lippincot: Williams & Wilkins, 2008

MALTA D.C, MOURA L, SOUZA F.M, ROCHA F.M, FERNANDES F.M. **Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362.

NABUT, Jorge Alberto, coordenador, **Desemboque Documentário Histórico e Cultural**, Uberaba, 1986.

PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A, BARROS H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**. n 27, n 5, p 963-75. 2009

PONTES, H.A. **História de Uberaba e a Civilização do Brasil Central**, Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1970.

ROSÁRIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GVA, PEREIRA MRG, JARDIM PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card**. v 93. n 6. p 672-8. 2009

SAMPAIO, Antônio Borges. **Uberaba; História Fatos e Homens**, Editora A. L T Mineiro, Uberaba, 1971.

SANTOS, Ana Cristina; LIMA, Cassiano Abreu. Hipertensão de Difícil Controle: Impacto do Estilo de Vida. **Rev. Bras. Hipertensão**. Vol. 16 n 1. S5-S6, 2009. Disponível em: www.arquivosdecardiologia.com.br. Acessado em: 12/01/2015

TERAZON MICLIN, Oneida; RAGOLTA MOGRAVE, Katiuska; LABORI RUIZ, Rafael. *Modificación de algunos factores de riesgo en los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad*. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 13, n. 6, dic. 2009 . Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600006&lng=es&nrm=iso>. acesso em: 01 nov. 2014.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2013/2014-2017**. Uberaba-MG, 2014.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

VIDALON-FERNANDEZ, Armando. *Clínica de la hipertensión arterial, para el médico general*. **An. Fac. med.**, Lima, v. 71, n. 4, dic. 2010. Disponível em <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400005&lng=es&nrm=iso>. acesso em 01 nov. 2014.