

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

GABRIEL ANTONIO MATOS

**UMA NOVA PROPOSTA PARA UM VELHO PROBLEMA:
PROMOÇÃO DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. HÉLIO
MARTINS DE OLIVEIRA, NO MUNICÍPIO DE TIROS, MINAS GERAIS**

UBERABA – MINAS GERAIS

2018

GABRIEL ANTONIO MATOS

**UMA NOVA PROPOSTA PARA UM VELHO PROBLEMA:
PROMOÇÃO DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. HÉLIO
MARTINS DE OLIVEIRA, NO MUNICÍPIO DE TIROS, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Alcione Bastos Rodrigues

UBERABA – MINAS GERAIS

2018

GABRIEL ANTONIO MATOS

**UMA NOVA PROPOSTA PARA UM VELHO PROBLEMA:
PROMOÇÃO DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. HÉLIO
MARTINS DE OLIVEIRA, NO MUNICÍPIO DE TIROS, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Ms. Alcione Bastos Rodrigues – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 04/07/2018

Dedico este trabalho:

À população de Tiros - MG, que no período de aproximadamente um ano me acolheu de braços abertos e se tornou uma grande família para mim.

AGRADECIMENTOS

Acredito que o aprendizado seja uma obra inacabada. A meu ver, é isso que torna o conhecimento tão belo. Como já dizia o médico e professor português, Abel Salazar (1889-1946), "O médico que sabe apenas de medicina, nem de medicina sabe".

Portanto, nesse processo de amadurecimento profissional, gostaria de reforçar meu agradecimento à população do município de Tiros-MG por ter me acolhido tão bem e possibilitado o desenvolvimento de um trabalho que marcou sobremaneira minha trajetória pessoal. Tenho muito orgulho de ter feito parte da história dessa querida cidade, do mesmo modo que cada um que cruzou meu caminho nesse processo faz parte da minha vida hoje.

Agradeço também à minha família e a todos os docentes que marcaram essa trajetória. Registro um especial agradecimento ao Professor Antônio Leite, de quem tive o imensurável prazer de ter sido aluno na graduação e também durante o desenvolvimento do presente trabalho.

Por fim, agradeço imensamente à Professora Orientadora Alcione Bastos Rodrigues. Sem ela, a conclusão deste trabalho jamais se viabilizaria. Foram inúmeros contratempos durante seu desenvolvimento. Por vários momentos cheguei a desistir. No entanto, dosando com maestria o profissional e humano, Professora Alcione executou brilhantemente seu trabalho, orientando além do trabalho e encorajando para outros aspectos da vida. Mais uma vez, meu muito obrigado.

“Dondequiera que el arte de la medicina es amado, también hay un amor a la humanidad.”

Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.)

RESUMO

A Hipertensão Arterial é um dos problemas de saúde pública mais prevalente nos municípios brasileiros. Além disso, também figura como um importante fator de risco associado a outras comorbidades, bem como aos eventos cardiovasculares agudos. Nesse sentido, objetivou-se com o presente trabalho elaborar uma estratégia intervencionista para a modificação do estilo de vida dos pacientes hipertensos cadastrados na Equipe de Saúde da Família Renascer, sediada na Unidade Básica de Saúde Dr. Hélio Martins de Oliveira, no município de Tiros, Minas Gerais. Para tal, foi elaborado um Plano de Intervenção em seis passos. O universo foi constituído por pacientes cadastrados na referida unidade de saúde, utilizando-se os bancos de dados nacionais para a seleção da literatura acerca de Hipertensão Arterial na Biblioteca Virtual em Saúde, consultas a programas do Ministério da Saúde e do Sistema de Informação da Atenção Básica do município. Os dados coletados, por meio de um questionário entrevista e exame físico, endossaram a alta prevalência da Hipertensão Arterial na população adulta adstrita, como ocorre no restante do país. Também foi possível comprovar a associação da Hipertensão Arterial com outras comorbidades, bem como a baixa adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso. Dessa forma, propõe-se uma intervenção educativa que promova mudanças de hábitos de vida, com foco na dieta, prática regular de atividade física e tratamento farmacológico adequado, visando controle dos valores pressóricos dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia de Saúde da Família. Intervenção. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

High blood pressure is one of the most prevalent public health problems in Brazilian municipalities. Furthermore, it also appears as an important risk factor associated with other comorbidities as well as acute cardiovascular events. In this sense, it was aimed at the present work to draw up an interventionist strategy for the lifestyle modification of the hypertension patients registered in the Family Health team Reborn, headquartered in the basic unit of health Dr. Helium Martins de Oliveira, in the municipality of gunfire, Minas Gerais. To this end, a six-step intervention plan was drawn up. The universe was made up of patients registered in the said health unit, using the national databases for the selection of the literature on arterial hypertension in the Virtual Health library, consultations to programs of the Ministry of Health and From the municipality's basic attention information system The data collected, by means of a questionnaire interview and physical examination, endorsed the high prevalence of hypertension in the adult assigned population, as occurs in the rest of the country. It was also possible to prove the association of arterial hypertension with other comorbidities, as well as the low adherence of patients to non-medicated treatment. In this way, an educational intervention is proposed that promotes changes in life habits, with a focus on the diet, regular practice of physical activity and appropriate pharmacological treatment, aiming at controlling the pressure values of the hypertension patients.

Key words: hypertension. Family health Strategy. Intervention. Health promotion.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – População residente no município de Tiros – MG, 2012	11
Quadro 2 – Distribuição da população, por faixa etária no território de abrangência da Equipe de Saúde da Família Renascer, município de Tiros – MG, 2016	14
Quadro 3 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema priorizado na população atendida pela Equipe de Saúde da Família Renascer, município Tiros, MG.	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do Município	10
1.2 Sistema municipal de Saúde	12
1.3 Diagnóstico situacional – Unidade Básica de Saúde Dr. Helio Martins de Oliveira	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1 A Hipertensão Arterial e suas implicações	20
5.2 A atuação da Estratégia Saúde da Família no controle da HA	22
5.3 A atuação da Estratégia Saúde da Família no estímulo às ações educativas para a prevenção e controle da HA	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Primeiro passo: identificação dos Problemas	25
6.2 Segundo passo: problema priorizado	25
6.3 Terceiro passo: descrição do problema	26
6.4 Quarto passo: explicação do problema priorizado	26
6.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos	27
6.6 Sexto passo: desenho das operações	27
6.7 Recursos necessários	30
6.8 Resultados esperados	30
6.9 Processo de monitoramento e avaliação das ações	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é um dos problemas de saúde pública mais prevalente nos municípios brasileiros. Também figura como um importante fator de risco associado a outras comorbidades, bem como a eventos agudos cardiovasculares.

Neste sentido, a partir do desenvolvimento de um projeto de intervenção a Equipe de Saúde da Família Renascer, sediada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Hélio Martins de Oliveira, município de Tiros, Minas Gerais, visa contribuir para o combate, prevenção e controle da hipertensão arterial na população adstrita a sua área de abrangência. O trabalho educativo para a promoção do autocuidado e incentivo a mudanças de hábitos e estilos de vida da população pode impactar de maneira significativa o quadro de ocorrência da doença neste contexto.

1.1 Aspectos gerais do Município

A origem do município de Tiros está ligada ao garimpo de diamantes em zona proibida, e à existência do quartel d'Assunção, nas proximidades da atual sede do município. Esse quartel era subordinado ao quartel do Indaiá, cuja finalidade era impedir a entrada de garimpeiros forasteiros na zona diamantina dos rios Indaiá e Abaeté e coibir o contrabando de diamantes. Após incidente envolvendo escaramuça com forte tiroteio entre garimpeiros e soldados do quartel d'Assunção, às margens do rio Indaiá, a região ficou conhecida como "Ribeirão dos Tiros", expressão que passou a topônimo e se estendeu a toda região.

As distâncias aproximadas de alguns dos principais centros urbanos da região, em relação à sede do município, são de 360 Km de Belo Horizonte e 115 Km de Patos de Minas. Limita-se com as cidades de São Gotardo, Matutina e Carmo do Paranaíba, que ficam a 47Km, 27Km e 39Km, respectivamente.

O município de Tiros está localizado na Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e pertence à Microrregião de Patos de Minas. A população do município, segundo estimativa do IBGE para 2017 é de 6.795 habitantes. Aproximadamente 53,67% da população está na faixa etária entre 20 e 59 anos, ou seja, a população que se encontra em plenas condições de trabalho (IBGE, 2017).

Porém, já se observava nos dados apresentados pelo DATASUS (BRASIL, 2017a), que em 2012 a proporção de adultos acima dos 60 anos era bastante significativa, o que pode ser comprovado pela visualização do padrão populacional por gênero e faixa etária apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – População residente no município de Tiros – MG, 2012.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total
Menor 1 ano	34	44	78
1 a 4 anos	133	158	291
5 a 9 anos	210	220	430
10 a 14 anos	273	274	547
15 a 19 anos	278	254	532
20 a 29 anos	469	431	900
30 a 39 anos	486	497	983
40 a 49 anos	524	474	988
50 a 59 anos	508	410	918
60 a 69 anos	325	296	621
70 a 79 anos	157	184	341
80 anos e mais	86	81	167
Total	3.483	3.323	6.806

Fonte: DATASUS / População 2012.

Atualmente, a cidade possui três escolas públicas e uma particular, uma cooperativa rural, uma agência bancária, um hospital e uma creche. Tem na agropecuária sua maior fonte de economia. A população empregada vive basicamente do trabalho agropecuário, nas lavouras permanentes e temporárias, do plantio de café, milho e feijão, que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, assim como da pecuária para produção de leite e seus derivados, bem como pecuária de corte. Há também uma grande indústria de laticínios, a Laticínios Tirolez Ltda., que movimenta a economia da região e emprega alto percentual da população economicamente ativa.

De acordo com pesquisa elaborada a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), o município apresenta IDH de 0,683, ocupando a posição 2359 no ranking nacional de municípios e 332 no estadual.

1.2 Sistema municipal de Saúde

A estrutura de atendimento em saúde no município conta com duas Unidades Básicas de Saúde: UBS Dr. Hélio Martins de Oliveira e UBS Donizetti de Lima. Na primeira, estão sediadas três Equipes de Saúde da Família: Renascer, Bela Vista e Cabeceira; na segunda, está sediada a equipe de Saúde Bucal do município. São 18 microáreas cobertas por 18 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três enfermeiros, três técnicas de enfermagem e três médicos. Das 18 microáreas, nove delas encontram-se localizadas em zona urbana e nove em zona rural.

Quando há necessidade de referenciar o paciente para a atenção secundária, o processo é feito através de guias. Nessas situações, o usuário é transportado até a sede do município, que conta com o recurso para o atendimento, e retorna para a UBS com a contra referencia.

O Conselho Municipal de Saúde se reúne mensalmente e é composto por 16 membros, sendo 50% de representantes dos usuários do SUS, 25% de representantes do governo e 25% de representantes dos profissionais da saúde.

Com a implantação de algumas alterações no modelo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Tiros, toda a estrutura do sistema de saúde no município está passando por adaptações à nova gestão, inclusive no que diz respeito à nova divisão territorial.

O sistema municipal de saúde apresenta a seguinte estrutura: atenção primária, com atendimentos realizados na UBS e zona rural; atenção especializada, nas áreas de Pediatria, Ginecologia e Ortopedia com atendimento semanal e, para Cardiologista e Oftalmologista, com atendimento mensal. Para as demais especialidades, os atendimentos são realizados nos sistemas de saúde das cidades vizinhas.

A atenção de urgência e emergência é oferecida pelo Hospital local, que conta com um médico e duas técnicas de enfermagem para o atendimento durante as 24h dos sete dias por semana. O apoio diagnóstico é oferecido pelo Laboratório municipal de análises clínicas que realiza exames básicos. Os demais exames são realizados em laboratórios nas cidades vizinhas e a assistência farmacêutica é oferecida à população através da Rede Farmácia de Minas.

A vigilância em saúde, ultimamente, vem apresentando falhas, visto que a equipe de zoonoses interrompeu seus serviços por três meses, devido à demissão dos profissionais.

1.3 Diagnóstico situacional – Unidade Básica de Saúde Dr. Helio Martins de Oliveira

A UBS Dr Helio Martins de Oliveira está localizada na região central da cidade. Funciona de segunda a sexta feira no horário de 07h às 17h. As instalações físicas são constituídas por um amplo espaço de recepção, dois consultórios médicos e cinco salas: de vacinas, de reuniões, de triagem, sala de enfermagem e de procedimentos.

Considera-se que existe uma inadequação quanto à área física da unidade, haja vista que no espaço destinado à atuação de uma única equipe, atuam três equipes ao mesmo tempo. São elas: Equipe de Saúde da Família Renascer, Equipe de Saúde da Família Bela Vista e Equipe de Saúde da Família Cabeceira. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde essa questão deverá ser solucionada em breve. Inicialmente, o atendimento da UBS era centrado em uma única estrutura física, onde os próprios pacientes escolhiam, aleatoriamente, o médico de preferência. Não havia adstrição da população.

A nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde implantou, recentemente, algumas alterações no que se refere à divisão territorial para o atendimento à saúde da população. Essas alterações abrangem a área ocupada pela comunidade da Equipe de Saúde da Família Renascer. Com as mudanças, o centro da cidade, área mais antiga e de menor risco social, passou a ser coberta pela Equipe de Saúde da Família Renascer, que é responsável pela cobertura de três microáreas urbanas e três microáreas rurais.

De acordo com dados do SIAB (BRASIL, 2017b), a população adstrita é constituída por 700 famílias, sendo que 559 famílias residem em área urbana e 141 habitam a área rural. São 1784 habitantes na área de abrangência, dos quais 865 – 48,49% – são homens e 919 – 51,51% – são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com que é apresentado na tabela 2.

Quadro 2 – Distribuição da população, por faixa etária no território de abrangência da Equipe de Saúde da Família Renascer, município de Tiros – MG, 2016.

	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60<
Área urbana	12	50	78	87	105	160	179	385	361
Área Rural	2	3	18	19	24	30	51	114	106
Total	14	53	96	106	129	190	230	499	467

Fonte: SIAB 2016.

No território coberto pela Equipe de Saúde da Família Renascer, o número de idosos na pirâmide etária é bastante significativo, ocupando a segunda posição em relação ao total de pessoas nas demais faixas etárias. A confirmação pode ser visualizada no quadro apresentado. Por esse motivo, temos, na medida do possível, centrado nossas ações nesse público alvo.

Ao iniciar nossas atividades na unidade, foi possível observar que muitos grupos operativos encontravam-se inativos e que havia dificuldades para implementar novos projetos e grupos. A equipe não atuava com a harmonia e coordenação esperadas, destacando-se ainda a falta de qualificação técnica em cargos de liderança.

Os principais problemas enfrentados na área de atuação da Equipe de Saúde da Família Renascer são recorrentes na maioria das comunidades brasileiras. A notar pela prevalência de pacientes hipertensos que, apesar do diagnóstico confirmado, muitas vezes, não realizam acompanhamento médico de forma satisfatória, não aderem às recomendações e ao tratamento medicamentoso conforme prescrito, além de persistirem no sedentarismo e na adoção de hábitos alimentares inadequados.

O trabalho na comunidade tem permitido identificar que parte dos moradores desconhecem os recursos que são disponibilizados para a população. Por outro lado, observamos também que falta, por parte dos órgãos públicos, incentivo para que a população usufrua dos recursos disponíveis de forma adequada.

Contudo, na Equipe de Saúde da Família Renascer os registros de dados pertinentes à saúde da população estão desatualizados e os poucos registros existentes estão incompletos e desorganizados, dificultando o planejamento em longo prazo.

No que diz respeito ao trabalho dos profissionais de saúde, há uma falta de coesão entre os membros da equipe. Também é possível perceber a falta de conhecimento técnico por parte de alguns membros, inviabilizando um suporte e tratamento não medicamentoso de forma integralizada. Isso se deve em parte pela alta rotatividade dos funcionários contratados, bem como pela interferência política na escolha dos profissionais da saúde não concursados como, por exemplo, ACS, que, na maioria das vezes assumem o cargo sem passar por uma qualificação e treinamento adequado. Essa situação reflete diretamente na insegurança e falta de tato desses profissionais ao lidarem com problemas de saúde recorrentes na atenção primária.

Na tentativa de minimizar esse impacto, durante a reunião semanal da Equipe de Saúde da Família Renascer, foi criado um espaço voltado para discussões e atualização científica, com exposição de artigos e novos estudos sobre os temas mais prevalentes no seu território de abrangência. Porém, a alta rotatividade dos profissionais continua sendo um desafio a ser superado.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no território nacional e está associada a altas taxas de morbimortalidade. Se não tratada e acompanhada adequadamente torna-se determinante na redução da qualidade de vida, além de gerar altos custos com internações e tratamentos hospitalares, bem como com o elevado número mortes ou invalidez permanente.

O controle deste importante problema de saúde pública no Brasil é considerado pelo Ministério da Saúde um grande desafio a ser enfrentado pelas equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013). A Equipe de Saúde da Família Renascer enfrenta o mesmo problema, pois a demanda de pacientes hipertensos é comum na população aí atendida.

Durante as consultas na UBS, são identificados pacientes hipertensos, a maioria dos quais apresentam estilo de vida e hábitos inadequados. Quando questionados, esses pacientes se referem a sedentarismo, dieta hipersódica e hipercalórica e outros costumes prejudiciais, que dificultam o manejo da doença. Tais hábitos, que fazem parte do cotidiano dos moradores da comunidade, igualmente expõem pacientes saudáveis aos mesmos riscos e possibilidades para o desenvolvimento da comorbidade.

De acordo com as 7ª Diretrizes de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), no Brasil a hipertensão arterial e as doenças relacionadas a esta são altamente prevalentes, acometendo grande número de indivíduos adultos, chegando a atingir, aproximadamente, 60% dos idosos. É responsável pelo significativo impacto na deficiência dos níveis de produtividade, com consequência negativa na renda familiar, além de ser responsável, também, pela alta frequência de internações com custos socioeconômicos elevados.

Nesse sentido, buscamos por meio deste trabalho, desenvolver estratégias de intervenção que estimulem a maior adesão ao tratamento e a adoção de hábitos e estilos de vida adequados à prevenção e controle da hipertensão na população atendida. Acreditamos que com isso possibilitaremos a diminuição dos níveis pressóricos, redução das complicações cardiovasculares e suas consequências,

redução dos gastos com internações hospitalares e, melhoria na qualidade e expectativa de vida dos moradores da comunidade.

O presente projeto de intervenção propõe também, para médio e longo prazo, deixar como legado para a população, a consolidação de um grupo operativo permanente e atuante na conscientização da população, que seja liderado por profissionais capacitados, atualizados e dinâmicos no combate ao sedentarismo, estilo de vida e hábitos alimentares inadequados.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um Plano de Intervenção com vistas à prevenção e controle da HA, por meio de ações educativas para a promoção do autocuidado e adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis na população adstrita à área da abrangência da Equipe de Saúde da Família Renascer, no município de Tiros, Minas Gerais.

3.2 Específicos

Desenvolver ações de educação permanente junto à população atendida pela Equipe de Saúde da Família Renascer, município de Tiros, MG, no sentido de conscientizar sobre a importância da prevenção e controle da HA;

Organizar agenda de atividades e plano de ações para a prevenção e controle de HA por meio de ações educativas no âmbito de atuação da Equipe de Saúde da Família Renascer;

Organizar base de dados com informações relacionadas à ocorrência de HA na população adstrita à Equipe de Saúde da Família Renascer.

4 METODOLOGIA

O caminho percorrido para a construção do projeto de intervenção, embasado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi traçado a partir do diagnóstico situacional que contou com a participação de todos os envolvidos da Equipe de Saúde da Família Renascer.

Inicialmente foram realizadas várias reuniões entre os participantes, para o estabelecimento das metas e etapas do trabalho. Aplicando o método de Estimativa Rápida as informações foram reunidas mediante o levantamento de dados obtidos por depoimentos, registros e documentos referentes à população adstrita.

Essas informações permitiram identificar os principais problemas de saúde na comunidade e, assim, descrevê-los e explicá-los como subsídio para a elaboração desse projeto.

No plano de ação foram adotados os passos do Planejamento Estratégico Situacional conforme orientado no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para fundamentar o projeto de intervenção foram feitos estudos em publicações levantadas através de bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde BVS, o *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO) além de documentos do Ministério da Saúde. Para o direcionamento da pesquisa foram utilizados os descritores Hipertensão; Estratégia de Saúde da Família; Promoção de Saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais prevalentes no território nacional. Relaciona-se a fatores de risco sendo os principais, idade, sexo e etnia, excesso de peso, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Está associada a altas taxas de morbimortalidade, devendo, por isso, ser tratada e acompanhada adequadamente.

É determinante na redução da qualidade de vida e nos altos custos com internações e tratamentos hospitalares, bem como elevado número de morte e invalidez permanente. É importante considerar também o forte impacto na relação social e familiar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). No Brasil, o controle desse importante problema de saúde pública é considerado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) um grande desafio a ser enfrentado pelas equipes de Atenção Básica.

5.1 A Hipertensão Arterial e suas implicações

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em um de seus documentos mais recentes, a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), entende a HA como uma condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. O referido documento reitera que a doença resulta em causa básica para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), estando relacionada a distúrbios metabólicos, e agravo de lesões em órgãos alvo como cérebro, coração, rins e olhos.

A HA é, portanto, um fator de risco importante para eventos críticos, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e se associa a agravos com outras DCNT, como diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Segundo dados oficiais apresentados pela 7ª Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, no Brasil, a HA atinge 32,5% da população, o que corresponde a, aproximadamente, 36 milhões de indivíduos adultos, sendo que mais de 60% desses indivíduos são idosos. Desse universo, registra-se que 50% das mortes

ocorrem em decorrência de doenças cardiovasculares (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com estudo publicado por Andrade *et al.* (2015), dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹ indicam que em 2013 a prevalência de HA autorreferida entre os adultos com idade ≥ 18 anos, residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal foi de 24,1%. Identificou-se que 21,5% das pessoas do sexo masculino e 26,3% do sexo feminino são hipertensas. Os índices revelaram também que a HA progride com a idade, chegando a alcançar uma prevalência de 60,4% entre os adultos com 65 anos ou mais. A pesquisa detectou ainda que a hipertensão autorreferida no Brasil tem maior incidência na região Sudeste. Em Minas Gerais o percentual atinge 24%, com predominância entre os moradores da zona urbana quando comparada à zona rural (ANDRADE *et al.*, 2015).

Estudos têm sido realizados, desde a década de 1940, com o intuito de chegar ao entendimento sobre a realidade que envolve a HA, as medidas preventivas, sua relação com a magnitude do índice de doenças cardiovasculares, sua afinidade pelo avançar da idade e outras questões sociais. A situação brasileira, semelhante ao que vem ocorrendo em muitos outros países, gera elevados custos médicos e socioeconômicos para o tratamento e reabilitação, comprometimento da qualidade de vida dos sobreviventes e altos índices de mortalidade (MAGALHÃES, 2014).

Isto porque os pacientes acometidos são mais propensos a eventos adversos que frequentemente resultam em internações hospitalares, muitas vezes prolongadas. “No Brasil, em 2012 ocorreram 1.137.024 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo global de R\$ 2.381.639.909,14” (LENTSCK; MATHIAS, 2015, p. 612).

O estudo desses dados revela que:

[...] o incremento financeiro observado na análise dessas despesas provavelmente está relacionado a uma maior permanência hospitalar, decorrente da maior severidade dos quadros clínicos no momento da internação, demandando procedimentos de alta complexidade (MAGALHÃES, 2014, p. 133).

¹ PNS é um inquérito epidemiológico de base domiciliar, representativo para o Brasil, suas grandes regiões, UF, regiões metropolitanas, capitais e demais municípios de cada UF.

O Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) apresenta informações relativas ao ano de 2010, constando que as DCV são a segunda maior causa de internações, sendo que desde 1960 as doenças do aparelho respiratório ocupavam essa posição (MAGALHÃES, 2014).

Contudo, esse mesmo sistema de informações apontou uma redução de, aproximadamente, 55% na tendência de internação por HA entre 2000 e 2013. Embora essas taxas continuem altas, de acordo com Ceccon, Meneghel e Viecili (2014, p. 975): “Estudos brasileiros apontam que a ESF tem apresentado resultados exitosos e contribuído com a redução nas taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)”², dentre as quais se encontra a HA.

5.2 A atuação da Estratégia Saúde da Família no controle da HA

Com o intuito de disponibilizar à população serviços básicos equitativos e de melhor qualidade, desde a década de 1990 o sistema de saúde brasileiro vem operando mudanças expressivas na sua organização (MENDES, 2011).

Dessa forma, dentre as várias ações orientadas pelas políticas públicas de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui a porta de acesso ao SUS, que visa atendimento universal, global e de qualidade à população no âmbito de sua atuação, pelo estímulo à prevenção, diagnóstico precoce das doenças e tratamento contínuo da saúde,

[...] podendo contribuir para o melhor desempenho do novo modelo [...] trabalha com o princípio da vigilância à saúde. Apresenta como uma de suas características a atuação inter e multidisciplinar e deve estimular a organização da comunidade, para que ela se torne corresponsável pelas ações ali desenvolvidas (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013, p. 865).

A ESF visa, assim, estabelecer ações a partir do rastreamento e contato direto com a população assistida. Essas ações se propõem ao estreitamento de vínculos entre a ESF e a população, no sentido de atender de modo sistemático e organizado às necessidades básicas de vigilância e manutenção da saúde das

² Marcadores que auxiliam na avaliação dos sistemas de saúde, entre eles as morbidades que podem ser atendidas na atenção básica, evitando agravamento da condição clínica e hospitalizações desnecessárias, além de constituírem um indicador que mede a qualidade e a resolubilidade da ESF (Ministério da Saúde, Portaria Nº 221/2008).

famílias, o que deve prevalecer em relação às necessidades de atendimento emergencial (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Para tal, de acordo com as autoras:

No Brasil, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios evidenciadas na atenção básica, estão: o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas. Essas ações, previstas para serem executadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e evidenciadas pelo Ministério da Saúde, visam à organização da assistência primária (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013, p. 865).

5.3 A atuação da Estratégia Saúde da Família no estímulo às ações educativas para a prevenção e controle da HA

O primeiro contato da população com a prevenção e tratamento da HA ocorre na Atenção Primária. E à ESF cabe o importante papel na promoção da qualidade de vida da população pela reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais, na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (TORTORELLA *et al.*, 2017; FIGUEIREDO, 2011-?)

Na atenção a saúde, o enfrentamento da HA exige um Sistema de Saúde organizado de modo a prestar assistência ao hipertenso nos três níveis de atenção – primária, secundária e terciária –, agregando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Essas ações integradas, em uma abordagem ampla do processo saúde-doença, são necessárias para a compreensão da relação complexa que é originária do estado mórbido da HA. Assim, é possível promover intervenções adequadas e resolutivas para enfrentamento dessa comorbidade (SILVA, 2014).

A intervenção terapêutica vai além da prescrição medicamentosa. Portanto, a promoção do autocuidado, o incentivo às mudanças comportamentais e a adoção de novos hábitos de vida são indispensáveis como adjuvantes no tratamento do paciente hipertenso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Medidas que atuam em fatores modificáveis, como dieta balanceada hipossódica, prática regular de atividade física aeróbica, cessação do tabagismo, redução do consumo etílico e perda ponderal, geram impacto positivo na redução

dos eventos cardiovasculares, aumento de qualidade e sobrevida de doentes crônicos. De acordo com Magalhães *et al.* (2010, p. 94):

Diante da relevância do problema, medidas de contenção do seu avanço se justificam plenamente, não apenas com ênfase no diagnóstico e tratamento dos indivíduos já acometidos e/ou na identificação daqueles mais suscetíveis ao seu desenvolvimento, mas principalmente na implementação de estratégias populacionais de grande alcance no sentido de prevenir o aparecimento da doença.

De modos que os objetivos aqui expostos sejam atingidos, apresentamos a seguir o Projeto de Intervenção, proposto para ser implementado pela Equipe de Saúde da Família Renascer.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A trajetória orientadora deste Projeto de Intervenção se fundamenta no Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), bem como em dados levantados na Estimativa Rápida, sobre a população do território de abrangência da Equipe de Saúde da Família Renascer, para intervenção a partir do diagnóstico situacional do município.

6.1 Primeiro passo: identificação dos Problemas

De posse dos dados levantados durante a Estimativa Rápida, foram identificados vários problemas. Porém, mediante as discussões entre os membros da equipe de saúde foram selecionados os problemas de saúde mais importantes, que necessitam ser abordados com mais cuidado. São eles:

- Grande número de pessoas hipertensas na comunidade que não possuem estilo de vida e hábitos alimentares adequados para o combate à hipertensão;
- Grande número de pacientes hipertensos que não realizam acompanhamento médico de forma satisfatória, pois não aderem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso recomendado;
- Falta de coesão entre os membros da equipe de saúde;
- Falha nos sistema de vigilância da saúde devido à interrupção do serviço de zoonose causada pela demissão dos profissionais;
- Inadequação da área física da unidade, visto que no espaço destinado à atuação de uma equipe ESF atuam três equipes ao mesmo tempo.

6.2 Segundo passo: problema priorizado

Para o presente Plano de Intervenção, destacou-se como problema priorizado o “Grande número de pessoas hipertensas na comunidade que não realizam acompanhamento médico de forma satisfatória e não possuem estilos de vida e hábitos alimentares adequados para a prevenção e combate à hipertensão”,

problema aqui analisado de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.3 Terceiro passo: descrição do problema

A população atendida pela Equipe de Saúde da Família Renascer, num total de, aproximadamente, 700 famílias com cerca de 1780 pessoas, reside, na grande maioria, em três microáreas urbanas. Aproximadamente, 140 famílias residem nas três microáreas rurais. A população é composta, em sua maioria, por pessoas idosas, o que corresponde a, aproximadamente, 26%.

Nesse universo, 26 % de pessoas idosas residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Renascer, está o público alvo das ações do Plano de Intervenção aqui apresentado.

6.4 Quarto passo: explicação do problema priorizado

Assim como evidenciado pelos índices de idosos hipertensos no país – 32,5% da população adulta –, assim também existe a prevalência de HA dentre as pessoas idosas atendidas pela Equipe Renascer. Muitas delas não possuem hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, não realizam acompanhamento médico de forma satisfatória; muitas vezes não realizam o tratamento medicamentoso e não medicamentoso recomendado de forma adequada.

Destacam-se as seguintes explicações para os problemas:

- Grande número de pessoas hipertensas na comunidade que não possuem estilo de vida e hábitos alimentares adequados para o combate à hipertensão;
- Grande número de pacientes hipertensos que não realizam acompanhamento médico de forma satisfatória, pois não aderem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso recomendado;
- Falta de coesão entre os membros da equipe de saúde;
- Falha nos sistema de vigilância da saúde devido à interrupção do serviço de zoonose causada pela demissão dos profissionais;
- Inadequação da área física da unidade, visto que no espaço destinado à atuação de uma equipe ESF atuam três equipes ao mesmo tempo.

6.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos

A definição dos nós críticos é imprescindível para a solução de um problema priorizado, cujas causas só podem ser atacadas e resolvidas a partir da consonância entre problema e plano de intervenção; entre nó crítico e sua resolução.

Os nós críticos estão relacionados a seguir:

- Grande número de pessoas hipertensas na comunidade, que não possuem estilos de vida saudáveis e adequados ao combate à HAS;
- Grande número de pessoas hipertensas na comunidade que não possuem hábitos alimentares adequados para o combate à HAS;
- Grande número de pacientes hipertensos que não realizam acompanhamento médico de forma satisfatória, pois não aderem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso recomendado;
- Sistema de informações precário na UBS e falta de coesão entre os membros da equipe ESF, acarretando falhas no sistema de atendimento à saúde da população, agravado pela inadequação da área física da unidade, visto que no espaço destinado à atuação de uma equipe ESF atuam três equipes ao mesmo tempo.

6.6 Sexto passo: desenho das operações

As causas do problema priorizado devem ser identificadas por meio da análise de resultados do diagnóstico situacional, possibilitando que se determine os nós críticos e as ações de intervenção necessárias (Quadro 3).

Quadro 3 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema priorizado na população atendida pela Equipe de Saúde da Família Renascer, município Tiros, MG.

Problema priorizado: Grande número de pessoas hipertensas na comunidade que não realizam acompanhamento médico de forma satisfatória e não possuem estilos de vida e hábitos alimentares adequados para a prevenção e combate à hipertensão.					
Nós críticos	Operações	Ações estratégicas	Resultados	Responsável(eis)	Prazo
1 – Grande número de pessoas hipertensas na comunidade, que não possuem estilos de vida saudáveis e adequados ao combate à HAS.	Projeto “Correr bem” Objetivo: Redução do sedentarismo e estímulo à prática de atividades físicas.	Apresentar o projeto em busca do apoio dos dirigentes municipais, das instituições parceiras, emissoras de rádio locais e comunitárias; Campanha educativa em escolas, instituições comunitárias e emissoras de rádio locais e comunitárias; Estimular a prática regular de atividades físicas; Caminhada orientada, campanha de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.	Redução de até 25% do sedentarismo entre a população atendida.	Gabriel, Luana, Gabriela, Zoraida	4 semanas
2 – Grande número de pessoas hipertensas na comunidade que não possuem hábitos alimentares adequados para o combate à HAS.	Projeto “Comer bem” Objetivo: Incentivar atitudes que visem a melhoria de hábitos alimentares da população.	Campanhas educativas para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis junto à população em geral.	Implementação de Programa de orientação nutricional em parceria com NASF .	Gabriel, Gabriela	5 semanas
3 – Grande número de pacientes hipertensos que não realizam	Projeto “Cuidar bem” Objetivo: Desenvolver	Reuniões científicas na ESF a fim de levar conhecimento e atualização	Equipe de Saúde da Família Renascer capacitada para prestar o	Gabriel	4 semanas

acompanhamento médico de forma satisfatória, pois não aderem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso recomendado	ações educativas para atualização técnica da Equipe de Saúde da Família Renascer.	em HAS a todos os membros	cuidado interdisciplinar ao usuário.		
4 – Sistema de informações precário na UBS e falta de coesão entre os membros da equipe ESF, acarretando falhas no sistema de atendimento à saúde da população, agravado pela inadequação da área física da unidade, visto que no espaço destinado à atuação de uma equipe ESF atuam três equipes ao mesmo tempo.	Projeto “Contar bem” Objetivo: Criar banco de dados consistente e atualizado	Atualização cadastral como base para novos estudos e intervenções; Formulação de banco de dados atualizado.	Reestruturar banco de dados consistentes referentes área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Renascer.	Julio, Zoraida, ACSs	12 semanas

6.7 Recursos necessários

Para implementação do Plano de Intervenção, serão necessários três tipos de recursos: humanos – membros da Equipe de Saúde da Família Renascer, do NASF e da Secretaria de Saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e administrativos; materiais – os aparelhos de medição da PA, instrumentos de ginástica, folders e cartazes educativos e de convocatória dos grupos e atividades; por fim, as unidades físicas onde as ações irão ocorrer: posto de saúde, escolas, ginásio, praça pública, igrejas e unidades móveis de atendimento.

6.8 Resultados esperados

Conforme levantado nos estudos de elaboração do PI, a ESF é considerada um contexto privilegiado para a prática da educação em saúde, por ser o primeiro contato dos usuários com sistema de saúde e, também, por se basear em tecnologias leves voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (MENDES, 2012).

Sobre o processo educativo das equipes técnicas das UBS, atualmente as Equipes de Saúde da Família necessitam incorporar habilidades educativas, imprescindíveis ao desenvolvimento de um processo de trabalho que seja harmônico ao modelo de atenção atualmente proposto para as doenças crônicas, o qual se pauta na troca de conhecimentos e na transformação da realidade (FERNANDES; BACKES, 2010; BRASIL 2013).

6.9 Processo de monitoramento e avaliação das ações

Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas, seus resultados e eficácia, com vistas à consecução dos objetivos ou replanejamento das operações e ações estratégicas, caso seja necessário, para a comprovação desse Plano de Intervenção na prevenção e controle da HAS na população atendida pela Equipe de Saúde da Família Renascer, no município de Tiros, MG.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela intervenção proposta, espera-se não apenas o controle e prevenção da HAS nos usuários cadastrados e atendidos pela Equipe de Saúde da Família Renascer, como redução dos gastos com internações e diminuição da morbimortalidade associada a eventos cardiovasculares agudos decorrentes, entre outros motivos, do controle irregular da doença. Além disso, esse Plano de Intervenção objetiva também, em longo prazo, deixar como legado à população um grupo operativo consistente e atuante na conscientização e educação da população, liderado por profissionais capacitados, atualizados e atuantes no combate ao sedentarismo e hábitos alimentares inadequados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 297-304, abr/jun 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Consulta IDH Tiros-MG. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **População residente, Minas Gerais**. Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?ibge/cnv/popmg.def>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Cadastramento familiar, Minas Gerais**. Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de atenção básica, n. 37) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 864-872, out/dez 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/892>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 17 out. 2017.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, out/dez 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/1415-790X-rbepid-17-04-00968.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2017.

FERNANDES, Maria C. P.; BACKES, Vânia M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: diretrizes e fundamentos. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, [201-?]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/tiros/panorama>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Rev Latino-Americana Enferm.**, Ribeirão Preto, SP, v. 23, n. 4, p. 611-619, jul/ago 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00611.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

MAGALHÃES, L. B. N. C. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. **Revista Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 132-137, jul/dez 2014. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/download/revista-2014-3-4.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

MAGALHÃES, M. E. C. *et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 93-97, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/08-prevencao.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/OMS/CNSS, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SILVA, Verônica C. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial sistêmica em equipes de saúde da família**: estudo de caso. 2014. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/22469>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, setembro 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

TORTORELLA, C. C. S. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 469-480, jul/set 2017.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00469.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.