

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

ESTHER RODRIGUEZ OSORIO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTO
ANTONINHO NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO RETIRO -
MINAS GERAIS.**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

ESTHER RODRIGUEZ OSORIO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTO ANTONINHO NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO RETIRO - 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. Dra. Eliana Aparecida Villa

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

ESTHER RODRIGUEZ OSORIO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTO ANTONINHO NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO RETIRO - MINAS GERAIS.

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14/06/ 2015.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e proteção.

A minha família, base da minha vida, pelo apoio.

Aos professores que me ensinaram e orientaram ao longo do curso.

A equipe da ESF Santo Antoninho pelos momentos de trabalhos compartilhados.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. A hipertensão arterial sistêmica tem se consolidado nas últimas décadas como um dos mais preocupantes problemas de saúde do país, resultando em grande demanda para o Sistema Único de Saúde, que concentra 75% dos atendimentos, nos diversos níveis de atenção à saúde. Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica no período de 2013 foram registrado 689 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica no município, sendo que o percentual municipal é de 10,1% e do país é de 9,5 % constituindo-se assim um importante problema de Saúde Pública Nacional, municipal e na área de Santo Antoninho. A equipe de Saúde da Família: Santo Antoninho de acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência identificou-se como problema prioritário para enfrentamento, alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica tendo em vista representar um importante problema de saúde pública no território e no país, e representa um dos principais riscos para as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, bem como altas taxas de morbimortalidade na população, cujos nós críticos são hábitos e estilos de vida não saudável e pouco nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica. O presente estudo objetivou propor um plano de intervenção para redução da alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, primeiramente fez-se pesquisa bibliográfica de tipo revisão narrativa considerando as revistas indexadas na biblioteca virtual em saúde (BVS), manuais, diretrizes, livros, textos e materiais oferecidos no curso de especialização em atenção básica disponibilizado na plataforma Ágora e dados pesquisados nos registros na própria unidade básica de saúde. O plano de ação utilizou a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional em busca da diminuição do número de pessoas com hipertensão arterial através da modificação do modo e estilo de vida das pessoas, o nível de informação, bem como melhor organização dos processos de trabalho da equipe.

Palavras-Chaves: Hipertensão. Atenção primária de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal disease, accounting for at least 40% of deaths from stroke and 25% of deaths from coronary artery disease. Hypertension has been consolidated in recent decades as one of the most worrying the country's health problems, resulting in great demand for Unified Health System, which concentrates 75% of visits at various levels of health care. According to data from the Primary Care Information System from 2013 were registered 689 cases of Hypertension in the city, and the municipal percentage is 10.1% and the country is 9.5% constituting just one important public health problem National, municipal and Holy Antoninho area. The team at Family Health: Holy Antoninho according to the situational diagnosis of the catchment area was identified as a priority issue for coping, high incidence of patients with hypertension in order to represent a major public health problem in the territory and country, and represents a major risk for cerebrovascular and cardiovascular diseases and high morbidity and mortality rates in the population, whose critical nodes are habits and lifestyles unhealthy and little public information level about the risks of hypertension. This study aimed to propose an action plan to reduce the high incidence of patients with hypertension, first became literature type narrative review considering journals indexed by virtual health library (BVS), manuals, guidelines, books, texts and materials offered in the course of specialization in primary care available in the Agora platform and data researched the records in their own basic health unit. The action plan following the methodology of the Situational Strategic Planning in pursuit of reducing the number of people with high blood pressure by modifying the way and style of life, the level of information and better organization of team work processes.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Health System.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVO.....	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	17
6	PLANO DE AÇÃO	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A prevalência da HAS tem crescido nos últimos anos e em contrapartida tem sido registradas baixas taxas de controle, resultando na sua caracterização como um dos mais preocupantes problemas de saúde pública do nosso país. Além de ser uma patologia isolada, a hipertensão é fator de risco para outras doenças, como as cardiovasculares (DCV), principal causa de morte no Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2010).

Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) destaca que é do conhecimento de todos os profissionais de saúde que a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por mais de um milhão de internações por ano no sistema único de saúde. As doenças crônicas estão na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população. No Brasil, a situação não é diferente. As doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares e o diabetes *mellitus*, também lideram as causas de mortalidade e morbidade, gerando grandes demandas são serviços de saúde, apesar de o desenvolvimento tecnológico e científico possibilitar o diagnóstico precoce e antecipar a terapêutica adequada.

Segundo dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no período de 2013, foi registrada 689 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica no município: 10,1% em relação aos dados referentes ao Brasil que é de 9,5 %; constitui-se, assim, um imenso problema de saúde pública para o país e município. Em nossa área é um fator de risco para a comunidade devido às doenças cerebrovasculares e doenças cardiovasculares com alta taxa de morbimortalidade na população, exigindo uma ação imediata do serviço visando à melhoria desse quadro.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo

acompanhamento de um número definido de pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011a).

Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social. A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006).

Carbone e Costa (2004) entendem que o principal enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes a saúde, a fim de buscar uma melhor qualidade de vida. No contexto do SUS, o PSF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância da Saúde, que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, reafirmaram os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade com a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias de promoção para saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santo Antoninho do município Santo Antônio do Retiro é responsável por 526 famílias, o que representa uma população de 2048 pessoas. De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência dessa equipe, identificou-se como problema prioritário para enfrentamento, a alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica tendo em vista representar um importante problema de saúde pública no território, cujos “nós críticos” são hábitos e estilos de vida não saudável e pouco nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica.

Assim, consideramos importante uma breve descrição de nossa área e da realidade de trabalho na ESF.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BGE, 2010) Santo Antônio do Retiro é um município com a maior parte da população situada na zona rural. Possui uma população de 6.955 habitantes, sendo que 1.590 habitantes residem na zona urbana (23%) e 5.365 na zona rural (77%). Densidade Demográfica do município é de 8,3 hab./km². Minas Gerais possui 32,86 hab./km² e o Brasil 21,6 hab./km².

A economia se baseia na agricultura familiar, predominando o plantio de feijão, milho, arroz, café, hortaliças, mandioca e cana-de-açúcar. Os dois últimos são, respectivamente, utilizados na produção de goma, farinha, aguardente e rapadura, que são processados artesanalmente nas propriedades rurais e comercializados no município e cidades circunvizinhas. Na pecuária, existem pequenos criadores de bovinos, suínos e frangos. A grande parte das famílias é carente e necessita de projetos de geração de renda. Fazem parte da economia também a produção de carvão vegetal, o funcionalismo público, os aposentados, os programas sociais do governo e os pequenos comércios (Lojas de cama, mesa e banho, Bares, Lanchonetes, Restaurante, Açougues, Farmácia, Supermercados etc.). Praticamente toda a população mais carente recebe ajuda de programas sociais, grupos religiosos, pessoas solidárias e assistência social do município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para oferecer um contraponto ao PIB, tendo em vista que este somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento. É uma medida simplificada do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano, são eles: renda, educação e saúde.

Segundo dados do IBGE em 2010, o IDH do município era de 0,570 (considerado nível médio), sendo o do estado de Minas Gerais de 0,771 e do Brasil 0,813.

Somente 25,83 % da população são beneficiadas com água tratada pela COPASA. Do restante, 45,07 % possuem água encanada proveniente de rios sem tratamento,

7,31% de poços artesianos e 11% buscam a água em rios ou nascentes. 75% da população do município possuem o filtro em casa e o restante consome água sem nenhum tratamento.

O sistema de tratamento de esgoto foi instalado na zona urbana recentemente e está beneficiando 26% da população do município. Ainda 31,0% da população utilizam fossas e 43,10% queimam/enterram seus dejetos ou fazem a céu aberto. A coleta de lixo é realizada em toda a sede. De todo o lixo do município é coletado 25,05%, queimado/enterrado 20,56% e exposto a céu aberto 54,41%. No ano de 2013 iniciou-se implantação da coleta seletiva do lixo.

A rede de Ensino de Santo Antônio do Retiro é composta pelos níveis de escolaridade de Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e Educação para Jovens e Adultos-EJA. É composta pela Rede Municipal de Ensino: Escola Municipal Capão, Escola Municipal Brejo Grande (unidades anexas nas localidades de Sucuruí I e Mandassaia I) e Escola Municipal São Joaquim e pela Rede Estadual de Ensino E. E. Prefeito Odílio Fernandes Costa e Escola Estadual João Fernandes Ribeiro na fazenda Caroba (unidade anexa na localidade de Riacho de Areia).

A Taxa municipal de analfabetos com 15 anos ou mais de idade em Santo Antônio do Retiro é de 31,4% ou 1.525 pessoas (IBGE, 2010).

O município oferece apenas a Atenção Primária: e conta hoje com três Equipes de Saúde da Família, cobrindo 100% da população. O Centro Municipal de Saúde José Fernandes Ribeiro, foi inaugurado há sete anos e é considerado o “Hospital” da cidade, funciona 24 horas por dia em todos os dias da semana inclusive final de semana e feriados. O atendimento é de demanda espontânea. O atendimento de Urgência e Emergência é realizado no Centro Municipal de Saúde. O Município dispõe de atendimento móvel de urgência – SAMU que tem sua base no município de Montezuma. A maioria das consultas especializadas é realizada em Taiobeiras, Monte Azul, Janaúba e Montes Claros.

O município conta com três equipes de saúde bucal, sendo uma na modalidade I e

as outras duas na modalidade II, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composto por um fisioterapeuta, um assistente social, um nutricionista e uma psicóloga, um Educador Físico e uma Fonoaudióloga.

Possui os seguintes serviços: laboratório de análises clínicas, raios-X, eletrocardiograma, Farmácia; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, programa de Assistência Integral a Saúde da Criança, programa de Assistência Integral a Saúde do Idoso, além disso, dispõe de outros programas como: odontologia; DST / AIDS (Educação em Saúde), hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão, doença de Chagas, álcool e tabagismo (educação em saúde), saúde mental, leishmaniose, raiva (vacinação canina), Teste do Pezinho, combate ao mosquito da dengue, saneamento, vigilância sanitária, saúde da família, saúde ambiental, esquistossomose.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santo Antoninho foi inaugurado em 2008, está localizada na zona rural do município Santo Antônio do Retiro aproximadamente 45 km da sede municipal. Tem 526 famílias cadastradas para um total de 2048 habitantes e 10 microáreas. O território da equipe é constituído na sua maioria de terrenos montanhosos e serras, as estradas não são pavimentadas e tem localidades que chegam a serem 60 km de distância da sede, dificultando muito o acesso da população. A unidade funciona 08h/dia do horário de 07:00 as 11:00hs e de 13:00 as 17:00hs. Sua a estrutura física é composta por: uma sala de procedimentos, um consultório médico, um consultório ginecológico, um consultório Odontológico, uma Sala de Vacina, uma farmácia, uma recepção, uma sala de espera, uma Sala de Expurgo, uma sala de preparo e esterilização de material, uma1 Copa e uma sala para atendimento multiprofissional e uma sala de reunião.

A equipe de saúde está constituída por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composto por uma fisioterapeuta, uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, um Educador Físico e uma Fonoaudióloga.

A comunidade conta com 10 igrejas e três escolas. Conta também com serviços de

luz elétrica e telefonia.

Segundo dos dados do SIAB no período de 2013 foram registrados 689 casos de HAS no município o que representa 10,1% e a porcentagem para todo Brasil está em 9,5 % de casos – o que constitui um importante problema de saúde pública em todo o país. Percebe-se como um problema mais acentuado no município e em nossa área, pois é um fator de risco para as doenças cerebrovasculares e doenças cardiovasculares com alta taxa de morbimortalidade na população.

As doenças mais frequentes no município na rede ambulatorial são: diabetes, hipertensão, verminoses, infecções respiratórias agudas, transtornos mentais e alcoolismo. As pessoas morrem, principalmente de doenças relacionadas ao uso do alcoolismo (cirrose), AVC, IAM, câncer e acidentes.

2 JUSTIFICATIVA

Através do diagnóstico situacional de saúde realizado no módulo Planejamento e Avaliação em saúde surgiu a necessidade de construir uma proposta de intervenção para redução da alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, conforme dados apontados acima.

De acordo com Brito; Pantarotto e Costa (2011) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido ao seu risco e dificuldade de controle. É classificada como uma doença crônica, de natureza multifatorial, em muitos casos de curso assintomático, negligenciando assim o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento.

Em virtude da alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, é que surgiu a necessidade de uma proposta de intervenção, uma vez que se trata de uma comunidade carente e a orientação, neste caso, é a melhor arma para se vencer esta terrível doença sistêmica.

3 OBJETIVO

Construir uma proposta de intervenção para redução da alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica no território da equipe de saúde de Santo Antoninho, do município de Santo Antônio do Retiro - MG.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica, com pesquisa bibliográfica de tipo revisão narrativa – com o objetivo de dar sustentação teórica à proposta de intervenção.

A revisão literária, segundo Rother (2007), é aquela que apresenta artigos de revisão e publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto sob ponto de vista teórico ou contextual.

De acordo com a autora supra citada, para a revisão narrativa não existem critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. A seleção se dá conforme os interesses do pesquisador, constituindo-se basicamente, da análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônica na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Foram consultadas as revistas indexadas na biblioteca virtual em saúde (BVS), em manuais, diretrizes, livros, textos e materiais oferecidos no curso de especialização estratégia saúde da família disponibilizado na plataforma ágora e em dados pesquisados nos registros da própria unidade básica de saúde.

Para as pesquisas na BVS foram utilizados os seguintes descritores:

Hipertensão.

Atenção primária de saúde.

Sistema Único de Saúde.

Para a elaboração deste projeto também foi realizado um diagnóstico situacional conforme orientações do Módulo de Planejamento em Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) que possibilitou a identificação do perfil populacional e dos problemas de saúde do município, do território da unidade básica de saúde, as características socioeconômicas e culturais da comunidade as quais podem influir no processo saúde-doença da comunidade, bem como suas demandas de saúde.

Por meio do método da estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) obteve-se informação sobre o conjunto de problemas de maior envergadura na área de abrangência, assim como os recursos potenciais para seu enfrentamento. A equipe priorizou um dos problemas tendo considerado a importância, a urgência e a capacidade para enfrentá-lo atribuindo valor de alto, médio ou baixo conforme sua urgência, definindo ainda se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Camargo e Bastos (2011) entendem que a hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular por apresentar alta prevalência e ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores.

Helena; Nemes e Neto (2010) ressaltam que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem apresentado um papel preponderante para a ocorrência direta ou como fator de risco quando se pensa na morbidade e mortalidade no contexto das patologias do sistema cardiocirculatório. Numa revisão de 44 estudos em 35 países foi demonstrado que a HAS acometa em torno de 30% da população na faixa etária adulta, com apresentação de índices maiores nas pessoas do sexo masculino.

Ainda de acordo com os autores o controle da HAS depende dos padrões de vida e alimentação do indivíduo (atividade física regular, redução do consumo de álcool, combate ao tabagismo, e se recomendado o uso de anti-hipertensivos). Porém, estima-se que um terço das pessoas que se tratam regularmente nos serviços de saúde mantém seus níveis pressóricos adequados. A não adesão ao tratamento medicamentoso neste momento toma um papel preponderante para a ocorrência deste problema.

A adoção de hábitos de vidas saudáveis por todas as pessoas é essencial para a prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo indispensável como parte do tratamento (CORRÊA; NAMURA *et.al.* 2006).

Brito; Pantarotto e Costa (2011) afirmam que a mudança no estilo de vida, com alimentação equilibrada, redução do consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, dentre outras, é de fundamental importância para o controle da hipertensão arterial, e redução do risco de morbi mortalidade global por doença cardiovascular.

De acordo à Jardim (2007), tanto fatores ambientais como genéticos podem contribuir para as variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como na prevalência da hipertensão. Estudos indicam que sociedades que passam por mudanças de locais como de um local menos industrializado para um mais industrializado, refletem numa profunda contribuição ambiental para a pressão arterial.

Segundo Fauci *et.al.* (2008) sabemos que a obesidade e o ganho de peso são fortes e independentes fatores de risco para a hipertensão, com isso estima-se que 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Entre as populações, observa-se a prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação à ingestão da NaCl e ingestões dietéticas baixas de cálcio e potássio o que pode contribuir para o risco da hipertensão. Quanto aos fatores ambientais como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e níveis baixos de atividade física também podem contribuir para a hipertensão.

Para Amer; Marcon e Santana (2011) a implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou medida eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão.

Hopfner e Franco (2010) sugerem a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais da saúde e de outras medidas para melhorias no controle da HAS nas UBS.

Figueira *et.al.* (2009) destacam que a prevenção de doença pode ser definida como uma ação prévia, baseada no conhecimento da história natural com o propósito de dificultar o avanço da doença. Sendo assim as intervenções preventivas teriam a finalidade de coibir a manifestação de agravos específicos, o que denominamos prevenção primária, ou quando se atua promovendo a cura, atenuando-se os danos, o que chamamos de prevenção secundária, até se atingir o nível de prevenção terciária, em que o propósito maior é a reabilitação do indivíduo com um quadro patológico instalado. Sendo assim a promoção da saúde torna-se um dos pilares da prevenção primária, e esta envolve um conjunto de práticas para aumentar a saúde

e o padrão da qualidade de vida com o foco no paciente, seu ambiente e estilo de vida.

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial. De acordo com dados disponíveis pelo Ministério da Saúde citado por Abranches (2013), a hipertensão arterial acontece quando a pressão está acima do limite considerado normal, que, na média, é sistólica em 120 e diastólica em 80 milímetros de mercúrio, ou 12x8. Valores inferiores a 14x9 podem ser considerados normais a critério médico

Segundo Mantovani *et.al.* (2008) a hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, sejam elas na esfera psicológica (sensação de impotência, de medo), familiar (deixar de viajar com a família), social (isolamento, perda das atividades de lazer) ou econômica (deixar de trabalhar, aposentadoria) pela possibilidade de agravos em longo prazo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 7) divulga que são muito importantes modificações no estilo de vida para a terapia e prevenção da hipertensão e destaca que

[...] Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

A maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção de doenças. (MALTA; NETO; JÚNIOR, 2011, p.426)

O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular (WHO, 2010).

Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) ressalta que a principal medida de prevenção da hipertensão diz respeito ao consumo do sal. Já existe uma intervenção governamental em torno do uso do sódio na fabricação de alimentos. Medidas legais, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), foram tomadas, referentes a acordos fechados com indústrias de alimentos para a redução do teor de sódio – tendo em vista que 40% do sal é composto por sódio – em 16 categorias de alimentos industrializados.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 02)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), compromete-se a elaborar o Plano Nacional de Redução do Consumo de Sal, a monitorar o teor de sódio nos alimentos processados, a acompanhar as tendências de consumo alimentar da população e a avaliar o impacto da redução desse consumo nos custos do Sistema Único de Saúde (SUS) e na incidência de doenças crônicas. O compromisso prevê uma redução gradual da taxa de sódio para ser cumprida até 2012 e, depois, intensificada nos dois anos seguintes. No caso das massas instantâneas, a meta é uma queda de 30% na quantidade de sódio em um ano, ou seja, limitada a 1,9 gramas até 2012. (BRASIL, 2011, P.02)

Observa-se de acordo com Nobre (2010) a existência de fatores de gêneros e etnias que determinam a hipertensão, além dos fatores genéticos, por isso, é importante que os hábitos saudáveis de vida sejam considerados e praticados para a prevenção e tratamento da doença. Assim, além de se evitar o consumo do sal em excesso, deve-se ficar atento à obesidade, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas por longo período de tempo e também o sedentarismo. A prática de atividades físicas, como a caminhada, corrida, esportes etc. é recomendável.

Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco (WHO, 2008).

Schmidt *et al.* (2011) enfatizam que no Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população de desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados,

como a população indígena, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 09):

[...] Fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes 5 ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente. (BRASIL, 2011, P.09)

Malta; Neto, Júnior (2011) destaca que os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto.

Helena; Nemes e Neto (2010) afirmam que aos atores envolvidos na atenção primária (profissionais e gestores), principalmente os que estão inseridos na estratégia saúde da família, resta o desafio de atuar com precisão propondo abordagens coletivas (grupos, campanhas e outros), além de ações individuais na rotina das unidades (consultas médica, de enfermagem), acrescentando-se nesse mesmo contexto uma atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares, todo esse esforço precisa ter o foco na melhor adesão dos portadores de HAS à terapêutica prescrita. A promoção de campanhas educativas, encontros, reuniões e palestras é um ótimo instrumento, embora a população não marque presença significativa a essas campanhas. Assim, a Unidade de Saúde da Família deve, de forma essencial, ir ao encontro do problema ou buscar as famílias e promover a conscientização.

A literatura consultada demonstra a importância da utilização de medidas de intervenção para o controle dos danos causados pela HAS não controlada.

6 PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: Identificação dos problemas

Para a realização do diagnóstico de saúde foi preciso utilizar o método de estimativa rápida com o objetivo de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, bem como produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências.

Principais problemas de saúde identificados foram:

- Alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na área da ESF Santo Antoninho
- Alta incidência de pacientes com Transtornos Mentais.
- Alto índice de pacientes Alcoólatras.
- Alto índice de pacientes com Diabetes Mellitus.

Segundo passo: Priorização do problema

A seleção ou priorização dos problemas é muito importante como critério para seleção do problema mais importante, o grupo pode considerar: a importância do problema sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los:

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados na área da ESF Santo Antoninho do município de Santo Antônio do Retiro – Minas Gerais.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial sistêmica na área da ESF Santo Antoninho	Alta	10	Parcial	1
Alta incidência de pacientes com Transtornos Mentais.	Alta	7	Parcial	3
Alto índice de pacientes Alcoólatras.	Alta	5	Parcial	4
Alto índice de pacientes com Diabetes Mellitus.	Alta	8	Parcial	2

Total de pontos distribuídos: 30

Considerando-se os critérios anteriores o problema alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na área da ESF Santo Antoninho foi selecionado como prioridade 1.

Terceiro passo: Descrição do problema priorizado

É necessário caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e utilizarmos dados fornecidos pelo Sistema de Informação Atenção Básica e pelo registro da equipe, relacionando os determinantes de estilos de vida, meio ambiente, biológicos e de organização dos serviços de saúde com os fatores de risco para a doença e a morte, por causa do problema priorizado. Segundo dos dados do SIAB no período de 2013 foi registrado 689 casos de Hipertensão Arterial sistêmica no município.

Quarto passo: Explicação do problema

Conforme Campos; Faria e Santos (2010) nesse momento o objetivo significa entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas. Para explicar o problema identificado devemos conhecer sua causa, geralmente a causa de um problema é outro problema. Nosso problema prioritário é alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na área da ESF Santo Antoninho.

A hipertensão arterial vem aumentando muito nos últimos anos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família. O modelo econômico e social leva a um ambiente cultural e socioeconômico específico em cada região em nossa população existem hábitos de vida não saudáveis que podem ser tanto por condições financeiras quanto por aspectos culturais, sendo os principais determinantes: a alimentação inadequada (por exemplo, as pessoas fazem o uso à gordura de porco em vez de óleo vegetal, por acharem que a comida com gordura animal é mais forte e sustenta mais), falta de atividade física (praticamente em todas as casas tem algum meio de transporte, principalmente motocicleta, com isso as pessoas ficam mais sedentárias), stress, sobrepeso e a obesidade.

Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”

Para Campos; Faria e Santos (2010) o “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir. Neste caso o problema principal é alta incidência de pacientes com HAS na área da ESF Santo Antoninho se lográssemos de modificar hábitos e estilos de vida.

As situações relacionadas ao problema e selecionadas como “nós críticos” foram: Hábitos e estilos de vida não saudável: Deve-se orientar e educar sobre alimentação adequada, diminuir o consumo de sal e de gordura animal, aumentar a ingestão de frutas, verduras, cereais integrais leite e derivados desnatados, controle de peso, incentivar as atividades físicas, eliminar fatores de riscos como: obesidade, dislipidemias estresse, ofertar mais opções de lazer e ofertar mais empregos.

O nível de informação é importante, por isso deve-se informar mais a população e capacitar as pessoas sobre doenças agudas e crônicas mais frequentes e explicar-lhe como fazer para modificar estilos de vida, por meio de atividades de promoção de saúde.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na área da ESF Santo Antoninho do município de Santo Antônio do Retiro – Minas Gerais.

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitose estilos de vida não saudáveis	Saúde Modificar hábitos estilos de vida	Melhorar a qualidade de vida da população em geral, de forma que se preocupem com hábitos e estilos de vida saudáveis.	Programa educativo na rádio local sobre alimentação saudável, sedentarismo; Grupos operativos sobre os diversos temas relacionados ávida saudável.	Organizacional para Caminhadas. Cognitiva-informação Estratégia de político - conseguir o local, mobilização social intersetorial com as redes. Financeiro-para recursos audiovisuais, folhetos educativos.

Nível de informação	Saber Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica	População Mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica	Avaliação do nível de informação da população de risco; Campanha educativa na rádio local.	Cognitivo Conhecimento sobre estratégias de comunicação. Organizacional- Organizar agenda. Político- Articulação intersectorial
---------------------	---	--	--	---

Identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Em síntese: o objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

Quadro 3 - recursos críticos para o problema de alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na área da ESF Santo Antoninho do município de Santo Antônio do Retiro – Minas Gerais.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos
Saber Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica.	Político: conseguir o espaço na rádio local; articulação intersectorial Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos

Análise de viabilidade do plano

A ideia central que preside esse passo - análise de viabilidade - é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os autores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para então definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Quadro 4 - propostas de ações para a motivação dos atores

Operação Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Político Conseguir o espaço na rádio local Político > articulação intersetorial com a rede de ensino	Setor da comunicação social.	Favorável	Não é necessária Apresentar o projeto para os diretores das escolas
		Secretário de educação	Favorável	
Saber Aumentar o Nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária

Elaboração do plano operativo.

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

Quadro 5- Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde Modificar hábitos e estilo de vida não saudável	Melhorar a qualidade de vida da população em geral, de forma que se preocupem com hábitos e estilo saudáveis.	Programa educativo na rádio local sobre alimentação saudável, sedentário; Grupos operativos sobre os diversos temas relacionados à vida saudável.	Apresentar o projetos para setores de mobilização	Enfermeira e coordenador das ESF do município	Início em 3 meses e término em 4 meses
Saber Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica	População Mais informado sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica	Avaliação do nível de informação da população de risco, Campanha educativa na rádio local, Programa de saúde escolar Capacitação dos ACS para maior divulgação dos fatores de risco.	Apresentar o projetos para setores de mobilização e diretores das escolas	Médica enfermeira e coordenador das ESF do município	Quatro meses para inicio das atividades

O projeto proposto contribuirá de forma significativa para melhorias das condições de saúde e da qualidade de vida da população de nossa área, sendo a principal estratégia para a redução da alta incidência de pacientes com hipertensão arterial

sistêmica: o processo de educação ao indivíduo, à família e à comunidade. Por meio da aquisição do conhecimento, pretende-se que haja maior adesão dos paciente às mudanças de estilo de vida e de comportamento em relação aos fatores de risco cardiovasculares e auto cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do projeto possibilitou o conhecimento da realidade em relação à situação demográfica socioeconômica e epidemiológica e de serviços do município, definir as ações a serem implantadas para enfrentar os problemas identificados e para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido ao seu risco e dificuldade de controle.

Entre as populações, observa-se a prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação aos hábitos e estilos de vida inadequados.

Evidenciou-se a necessidade de aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica de forma que se preocupem com hábitos e estilos de vida saudáveis para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família Santo Antoninho será um grande desafio o enfrentamento em busca da diminuição do número de pessoas com HAS através da modificação do modo e estilo de vida das pessoas, o nível de informação, bem como melhor organização dos processos de trabalho da equipe

Buscamos por meio desse plano implantar uma proposta que visa educar, orientar, fazer mudanças em equipe e na população, modificar os hábitos e estilos de vida e controlar o problema prioritário, a questão da Hipertensão arterial.

Acreditamos que a educação para a saúde na Atenção Primária, especialmente na Estratégia de Saúde da Família é um dos principais elementos de promoção da saúde, bem como orientar os profissionais no sentido de conhecer melhor os fatores de risco para várias doenças, principalmente da HAS. Conhecendo o estilo de vida dessa população tornará mais fácil a implementação de uma intervenção positiva.

REFERÊNCIAS

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arquivo. Bras. Cardiol.** São Paulo. v. 96, n. 1, p. 47-53, Jan. 2011.

ABRANCHES, L. R. **Inquéritos em Saúde no Brasil: relevância e fluxo informacional dos questionários.** [Monografia] Programa de pós-graduação em informação e comunicação em saúde – PPGICS ICICT/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 58p. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a política nacional da atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, Seção n. 204, p. 48, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde e indústria assinam acordo para reduzir teor de sódio em alimentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1210> Acesso em 09/05/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico(AVE). **J Health SciInsti.** 2011, 265 p.

CAMARGO AC; BASTOS VP. **Manual de Orientação Clínica. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).** São Paulo: SES/SP. 2011. 11-14 p.

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

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br>> Acesso em 12/02/2015.

CARBONE, E.; COSTA, M.H. **Saúde da Família, uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

CORRÊA, Thiago Domingos; NAMURA, José Jorge; DA SILVA, Camila Atallah Pontes; CASTRO, Melina Gouveia, MENEGHINI, Adriano, FERREIRA, Celso. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento**. Arq. Med. ABC. 2006;31(2):91-101. Disponível em <<https://chasqueweb.ufrgs.br/>> Acesso em 24/05/2015.

FAUCI, Anthony S, et al. HARRISON. **Medicina Interna**. Rio de Janeiro: 17 ed. v. 2, McGraw-Hill, 2008.

FIGUEIRA, T.R.; Ferreira, E.; Schall, V.T.; Modena, C.M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 6, p.937-943, 2009.

HELENA, E. T. S. de, NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

HOEPFNER, C; Franco, S.C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária de saúde. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v. 95, n. 8, p. 223-229, Ago., 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316045&idtema=79&search=minas-gerais%7Csanto-antonio-do-retiro%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-do-universo-indicadores-sociais-municipais>> Acesso em 16/05/2015.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v.88 n.4, p.452-457. 2007. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200022&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em 25 de maio de 2015.

KOHLMANN JÚNIOR, Osvaldo; GUIMARÃES, Armênio Costa; CARVALHO, Maria Helena C.; CHAVES JÚNIOR, Hilton de Castro; MACHADO, Carlos Alberto; PRAXEDES, José Nery; SANTELLO, José Luiz; NOBRE, Fernando; MION JÚNIOR, Décio. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Endócrino. Metab., vol. 43, número 4, p. 257-286 . Agosto 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 425-438. ISSN 1679-4974.

MANTOVANI, M. F. *et.al.* **Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial**. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>>. Acesso em: 13/02/2015.

NOBRE, **Fernando**. **Conceituação, epidemiologia e prevenção primária**. VI *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Revista Brasileira de Hipertensão, volume 17, número 1, p.7. Janeiro/Março 2010. Disponível em: < <http://www.anad.org.br>> Acesso em: 10 de Março de 2015.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 2, p.v-vi, 2007 (Editorial). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>> Acesso em maio de 2015.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 46, n. 377, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. In: **Revista Hipertensão**, v.13, n.1, jan/fev/mar., 2010, p. 1-66.

WHO. **Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO. **Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency**. United Kingdom. Geneva: World Health Organization, 2010.