

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAFAEL DE SOUZA MEZER

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DA
EQUIPE DE SAÚDE DR. JOSÉ MONTEIRO DE ALMEIDA NO
MUNICÍPIO DE BERTÓPOLIS EM MINAS GERAIS**

TEOFILO OTONI

2020

RAFAEL DE SOUZA MEZER

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DR. JOSÉ MONTEIRO DE ALMEIDA NO MUNICÍPIO DE BERTÓPOLIS EM MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena M. Cardoso Podestá

TEOFILO OTONI

2020

RAFAEL DE SOUZA MEZER

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DR. JOSÉ MONTEIRO DE ALMEIDA NO MUNICÍPIO DE BERTÓPOLIS EM MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena M. Cardoso Podestá

Banca examinadora

Professora Dra. Márcia Helena M. Cardoso Podestá – Universidade Federal de Minas Gerais

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de abril de 2020.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível, de natureza multifatorial, sendo caracterizada pela elevação e sustentação dos níveis pressóricos. A elevação desses níveis tem como consequência a sobrecarga do coração, que acaba necessitando trabalhar mais que o normal para conseguir cumprir seu papel de bombear sangue por todo organismo. A Hipertensão Arterial Sistêmica está associada à maioria dos casos de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Objetiva-se neste estudo avaliar a situação da pressão arterial da população e indicar ações de promoção do auto cuidado e prevenção de agravantes, bem como determinar medidas de conscientização dos pacientes hipertensos da Equipe de Saúde da Família Doutor José Monteiro de Almeida. O presente estudo foi realizado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Foi também realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema e, por fim, elaborado um plano de ação. Concluiu-se que principais ferramentas para controlar o aumento da incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica são a criação de medidas educativas que visem promover o autocuidado, mudanças de hábitos e conscientização dos pacientes quanto a importância da adesão correta ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a chronic non-communicable disease, of a multifactorial nature, characterized by the elevation and support of blood pressure levels. The increase in these levels results in an overload of the heart, which ends up needing to work harder than normal to be able to fulfill its role of pumping blood throughout the body. Systemic Arterial Hypertension is associated with most cases of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. The aim of this study is to evaluate the population's blood pressure situation and to indicate actions to promote self-care and prevent aggravating factors, as well as to determine measures to raise the awareness of hypertensive patients of the Family Health Team Doctor José Monteiro de Almeida. This study was carried out following the steps of Situational Strategic Planning. A bibliographic review on the topic was also carried out and, finally, an action plan was elaborated. It was concluded that the main tools to control the increase in the incidence of Systemic Arterial Hypertension are the creation of educational measures that aim to promote self-care, changes in habits and awareness of patients regarding the importance of correct adherence to treatment.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Family Health Strategy. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município.....	08
1.2 O sistema municipal de saúde.....	08
1.3 Aspectos da Comunidade.....	09
1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família de Bertópolis.....	09
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dr. José Monteiro de Almeida, da Unidade Básica de Saúde da Família de Bertópolis.....	10
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. José Monteiro de Almeida.....	10
1.7 O dia a dia da Equipe Dr. José Monteiro de Almeida.....	11
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade..	12
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	19
5.2 Fisiologia e Patogênese.....	19
5.3 Riscos do excesso de Sódio.....	20
5.4 Diagnóstico.....	20
5.5 Tratamento.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
6.1 Descrição do problema selecionado.....	22
6.2 Explicação do problema selecionado.....	22
6.3 Seleção dos nós críticos.....	23
6.4 Nós Críticos.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Bertópolis é uma cidade com 4.604 habitantes (IBGE 2019), em uma área de 28,56 km², com 638 km até a capital do Estado. A cidade teve um crescimento populacional pequeno nas duas últimas décadas. Muitas pessoas ainda residem na zona rural. Não existem muitas indústrias, apenas uma fábrica de confecções. O crescimento econômico e infraestrutura é muito pequeno e quase toda a economia gira em torno de empregos oferecidos pela Prefeitura. Devido à sua situação econômica precária, ela tem sido vítima de tráfico de drogas (maconha) da Bahia para Bertópolis, pois fazem divisa, acarretando todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas.

A cidade vive basicamente, de uma agricultura e pecuária de subsistência em franco declínio, e do plantio de mandioca e cuja produção, em sua quase totalidade, é consumida na própria cidade. A atividade política nesta cidade é partidária e polarizada entre grupos políticos tradicionais. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimenta a região com o seu tradicional São João, em que acontece festival de música e ainda preserva suas festas religiosas e seus grupos de quadrilha.

Na área de saúde, a cidade não é sede, sendo as referências para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, em Águas Formosas. Embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar, o município adotou a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 2 equipes na zona urbana e 1 equipe na área indígena cobrindo 95% da população. Um grande problema no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) é que há uma grande rotatividade de profissionais, principalmente o médico, tornando a mão de obra muito cara e difícil para o município.

1.2 O sistema municipal de saúde

Como mencionado anteriormente Bertópolis é um pequeno município do interior do estado de Minas Gerais, por isso, seus recursos para o financiamento da saúde são

limitados e provém de transferências do PAB FIXO, PAB VARIÁVEL, programas, recursos próprios como o IPVA e IPTU. O gasto médio per capita/ano em saúde é de R\$ 200,00.

A assistência prestada em Bertópolis é apenas primária, a Atenção Especializada, Urgência e Emergência e realização de exames, necessitam de transferência para a rede hospitalar conveniada de Águas Formosas, que fica a aproximadamente 25 km e pólos regionais de referência.

1.3 Aspectos da comunidade

Bertópolis é uma cidade de cerca de 4.498 habitantes, que se formou em 1 de março de 1963. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho oferecido pela prefeitura e pecuária. É grande o número de desempregados e de pessoas autônomas. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias chamadas de casas populares. O analfabetismo não é muito elevado, maiores de 50 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 16 anos, mas não é muito frequente. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido investimentos públicos (escola, centro de saúde, creche, etc.) em função de uma comunidade Quilombola e indígena, que é bastante ativa e participativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e também por parte da Assistência Social. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e idosos. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Bertópolis, trabalham uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal.

1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família de Bertópolis

A Unidade de Saúde da Família de Bertópolis, foi inaugurada há cerca de 25 anos e está situada na Rua Aparício Gomes que faz a ligação com o centro da cidade. É uma construção planejada, porém em difícil acesso, sem muros e ligação direta com residências. A construção é antiga e precisa de reforma. Sua área pode ser

considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida (2750 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), em que existe equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Dentista atendendo, cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento, mas já está sendo feito cronogramas para que diminua a insatisfação dos usuários e profissionais de saúde. Existe espaço para todos, quando não cabem na recepção são colocadas cadeiras no corredor. Essa situação sempre é lembrada nas reuniões de cronograma e planejamento que são realizadas de forma mensal e segundo a equipe tem apresentado melhoras e as discussões sobre humanização no atendimento têm dado bom efeito.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão do sindicato dos trabalhadores e na área da academia da Saúde.

A população reclama muito do local em que foi construída a Unidade pois fica no final de uma ladeira e os hipertensos, grávidas e idosos reclamam muito. A Unidade, atualmente, está bem equipada, e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, com mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumentos para pequenas cirurgias e curativos.

1.5 A Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família de Bertópolis

A Equipe Doutor José Monteiro de Almeida é formada pelos profissionais: 6 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico e 1 cirurgiã-dentista.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Família de Bertópolis

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas às 17:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio de todos os funcionários. Os agentes comunitários, fazem a maior parte do trabalho como as visitas pela manhã. No período da tarde realizam as atividades relacionadas à assistência do NASF, recepção e arquivo de produção. O auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro estão presentes na Unidade e seguem um cronograma mensal de funcionamento. No momento está sem recepcionista, esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro

da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro profissional.

A comunidade está satisfeita, porém gostaria de mais vagas de atendimento no ESF porque a assistência é mais completa. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja através de demanda espontânea, mas já existe um profissional no Centro de Saúde que se destina aos atendimentos de urgência e procedimentos básicos. Esse profissional trabalha somente 30 horas o que sobrecarrega muito o ESF. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e o conselho municipal de saúde, porém até o momento existe proposta de solução e já estamos tentando colocar em prática. No final de dois meses iremos fazer uma avaliação dos fatos e resultados.

1.7 O dia a dia da Equipe Doutor José Monteiro de Almeida

O tempo da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades relacionadas às visitas e respostas dos agentes comunitários e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas.

A equipe atende grupos de hipertensos e diabéticos, em um programa de saúde na Academia da Saúde, se relaciona muito bem com a clínica de fisioterapia do município e com o grupo de dor crônica assistido por outra profissional de fisioterapia. O município possui muitas iniciativas e tem conseguido despertar o interesse da comunidade, com muito êxito. Os agentes comunitários ajudam muito, entregando os convites e sempre fazendo as visitas antes das reuniões para reforçar a presença dos usuários. Para incentivar a parcerias dos agentes, a coordenação de atenção primária juntamente com a secretaria de saúde gratifica esses profissionais de forma mensal e realiza capacitação a cada dois meses. Além disso, a equipe conta com uma profissional de Nutrição que acompanha os pacientes de forma mensal.

Iniciou-se um projeto de avaliação do trabalho e tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe, pois se baseiam em produção retirada diretamente do sistema E-SUS. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à

demanda de atendimento. A equipe tem se dedicado, mas há bastante trabalho apesar da comunidade ser pequena, uma vez que costumam procurar auxílio médico com muita frequência, muitas vezes nem espera o tempo de retorno. Por isso toda a equipe de saúde continua persistindo em ações educativas.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

- 1 – Falta de profissionais.
- 2 – Estrutura física da unidade precisando de reforma.
- 3 – Pacientes não esperam tempo de retorno.
- 4 – A localização da unidade dificulta o acesso aos pacientes.
- 5 – Falta de estrutura básica para realizar procedimentos simples.
- 6 – Alta prevalência de HAS.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Dr. José Monteiro de Almeida, Unidade Básica de Saúde da Família de Bertópolis, município de Bertópolis, estado de MG

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta prevalência de HAS	Alta	Alta	Total	30
Pacientes não esperam tempo de retorno	Alta	Alta	Total	25
Falta de profissionais	Alta	Alta	Baixa	20
Falta de estrutura básica para realizar procedimentos básicos	Alta	Alta	Baixa	20
Localização da UBS	Alta	Média	Baixa	15

Fonte: Autor, 2019

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A partir da análise do diagnóstico situacional e discussões com a Equipe de Saúde da Família: Doutor José Monteiro de Almeida, situada na cidade de Bertópolis-MG, percebemos que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma problemática que deve ser priorizado pela equipe.

A HAS é uma condição clínica multifatorial, que se caracteriza pela elevação da pressão arterial (PA). A elevação da PA faz o coração sobrecarregar e ter que trabalhar mais que o normal, para conseguir bombear o sangue por todo corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O Ministério da Saúde considera como HAS valores de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, para pessoas que não façam uso de antihipertensivos (BRASIL, 2014). No Quadro 2 elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira, podemos observar a classificação da PA.

Quadro 2 – Classificação da Pressão Arterial Diastólica e Sistólica

Categoria	PA diastólica (mmHg)	PA sistólica (mmHg)
Pressão ótima	< 80	< 120
Pressão normal	< 85	< 130
Pressão normal alta	85 - 89	130 - 139
Hipertensão grau 1	90 - 99	140 - 159
Hipertensão grau 2	100 - 109	160 - 179
Hipertensão grau 3	≥ 110	≥ 180
Hipertensão sistólica isolada	< 90	≥ 140

Fonte: (Revista brasileira de Hipertensão, 2010)

De acordo com dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizada no ano de 2018, cerca de 25% da população brasileira maiores de 18 anos são afetados pela hipertensão (BRASIL, 2019a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca as doenças cardiovasculares como a principal causa de óbitos no mundo. De acordo com seu último levantamento, em 2015, as mortes decorrentes dessas enfermidades chegaram 17,7 milhões, representando aproximadamente 31% dos óbitos

registrados daquele respectivo ano. No Brasil, em 2017, ocorreram 302 mil mortes em decorrência de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2019b).

A realidade enfrentada pela Equipe de Saúde da Família: Doutor José Monteiro de Almeida, não é diferente, como podemos verificar no Quadro 3, a distribuição de consultas do médico e enfermeiro segundo os programas e área de PSF no ano de 2018.

Quadro 3 - Distribuição das Consultas de Médico e Enfermeiro de Acordo com as Subáreas do PSF Dr. José Monteiro de Almeida, 2018.				
	Área 1	Área 2	Área 3	TOTAL
PUERICULTURA	1320	0	0	1320
PRENATAL	240	0	80	320
HIPERTENSÃO	720	540	300	1560
DIABETES	500	320	230	1050
CÂNCER	72	36	10	118
TUBERCULOSE	12	0	2	14
HANSENÍASE	0	0	0	0

Fonte: Autor, 2019

Ao analisarmos os dados do Quadro 3 podemos verificar que na área do PSF1 houve 2864 atendimentos, desses 25,14% foram destinados a pacientes hipertensos, na área PSF2 houve 896 atendimentos e 60,27% foram destinados a pacientes hipertensos, e a área PSF3 foram realizados 610 atendimentos onde 49,18% desses atendimentos eram de pacientes com HAS.

A partir desses dados Equipe de Saúde Dr. José Monteiro de Almeida observou que esse elevado número de pacientes hipertensos pode ser o infeliz reflexo, em sua grande maioria, de maus hábitos alimentares, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, a não adesão adequada ao tratamento, tabagismo, consumo de álcool, ou seja, fatores de risco modificáveis. É importante salientar que existe uma pequena parcela de pacientes cuja elevação da PA é decorrente de fatores de risco não modificáveis (hereditariedade, idade e sexo).

Os maiores desafios da equipe de saúde é conscientizar os pacientes sobre os riscos ocasionados pela HAS, a necessidade de mudanças no estilo de vida, e a importância da adesão correta aos tratamentos (medicamentoso ou não). Pois com

medidas simples é possível manter os níveis pressóricos o mais próximo da normalidade, evitando perdas aos hipertensos, familiares, bem como toda sociedade, que arca diretamente ou indiretamente com os custos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência da hipertensão arterial sistêmica na população da Equipe de Saúde Dr. José Monteiro de Almeida

3.2 Objetivos específicos

- Propor ações que aumentem o índice de adesão ao tratamento (medicamentoso ou não medicamentoso e associados);
- Promover ações que estimulem a prática de uma alimentação saudável;
- Promover ações que estimulem a prática de atividades físicas regulares;
- Promover ações que incentivem o abandono do tabagismo e/ou abuso de álcool;
- Reduzir as chances da ocorrência de agravantes ocasionados pela elevação dos níveis pressóricos.

4 METODOLOGIA

Para realização do presente plano de ação, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

De acordo com os autores, o PES pode ser compreendido como um instrumento de gestão que auxilia na identificação e resolução de problemas. Metodologicamente, o PES é dividido em cinco etapas: Momento Inicial ou Explicativo, Momento Normativo, Momento Estratégico e, por fim, Momento Tático-Operacional. No primeiro momento, é realizada uma análise da realidade presente, buscando explicar com profundidade as causas associadas aos problemas encontrados. A partir da definição dos problemas e suas causas, segue-se o momento normativo, em que são definidas as operações, seus pontos favoráveis e possíveis obstáculos (FARIA, CAMPOS E SANTOS, 2018).

Também foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema, buscando na literatura caracterizar a HAS, fatores de risco, tratamento e projetos de intervenção já realizados na atenção básica que tiveram resultados exitosos. Essa revisão literária foi feita em bases eletrônicas da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Ministério da Saúde (MS), utilizando os seguintes descritores: hipertensão arterial, adesão ao tratamento.

Cumprida estas etapas, iniciaram-se os passos do PES. Elaborou-se a proposta de intervenção através da descrição do plano operativo, ações a serem realizadas e resultados esperados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Comumente conhecida como pressão alta, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, que apresenta como principal característica a elevação dos níveis pressóricos. A elevação desses níveis tem como consequência o sobrecarga do coração, que acaba necessitando trabalhar mais que o normal para conseguir cumprir seu papel de bombear sangue por todo organismo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O descontrole pressórico é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Esse fato se deve porque a elevação da pressão arterial compromete as funções e/ou estruturas dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), elevando as chances de ocorrência de acidentes cardiovasculares (BRASIL, 2019b).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), considera como hipertensão os valores de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg para pessoas que não façam uso de antihipertensivos.

Segundo Grezzana et al., 2013, os hipertensos atendidos em programas de hipertensão das unidades básicas de saúde (UBS) apresentavam somente 39% de controle da PA ($< 140/90$ mmHg) e 33% desses pacientes foram classificados como estágios 2 ou 3 de HA (PA $> 160/110$ mmHg).

Na última década, o número de casos de hipertensão arterial no Brasil atingiu índices que indicam a necessidade de intervenção prioritária de Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas (BRASIL, 2019a).

5.2 Fisiologia e Patogênese

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) classifica a HAS como primária ou secundária. A HAS primária é a mais comum, ocorrendo em cerca de 95% dos casos, tendo suas causas desconhecidas. Já a HAS secundária, ocorre em apenas 5% dos casos, possuindo causas conhecidas, sendo as mais comuns: doença parenquimatosa renal e a estenose de artéria renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.3 Riscos do Excesso de Sódio

O sódio é uma substância reguladora de líquidos celulares por meio do controle de pressão osmótica, ou seja, ele é encontrado principalmente na parte exterior das células, quando há pouco sódio mais líquidos conseguem entrar nas células, e quando há excesso dessa substância o líquido tende a sair, o que acarreta um maior volume de líquidos nos vasos sanguíneos, ocasionando a elevação da pressão arterial (PERIN et al, 2013).

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), sugeri o consumo máximo diário de 2 gramas de sódio, equivalentes a 5 gramas de sal. A média de consumo diária dos brasileiros é de 12 gramas de sal, como podemos perceber mais que o dobro da recomendada. Esse fato deve-se principalmente porque essa substância é muito utilizada como conservantes de produtos industrializados.

5.4 Diagnóstico

A recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) para a realização do diagnóstico de HAS é que o procedimento seja feito por profissionais capacitados, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, e que os equipamentos estejam devidamente calibrados. Para o diagnóstico seguro devem ser realizadas aferições em pelo menos três momentos distintos em condições ideais. A confirmação do diagnóstico se dá quando a média das três aferições forem iguais ou superiores a 140/90mmHg. Há outras formas de diagnóstico MRPA ou da Mapa, no quadro abaixo podemos ver as indicações clínicas para cada um desses métodos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quadro 4 -Indicações clínicas para a medição da PA fora do consultório para fins de diagnóstico

Indicações clínicas para MAPA ou MRPA
Suspeita de HAB
- HA estágio 1 no consultório
- PA alta no consultório em indivíduos assintomáticos sem LOA e com baixo risco CV total
Suspeita de HM
- PA entre 130/85 e 139/89 mmHg no consultório
- PA < 140/90 mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com LOA ou com alto risco CV total
Identificação do EAB em hipertensos
Grande variação da PA no consultório na mesma consulta ou em consultas diferentes
Hipotensão postural, pós-prandial, na sesta ou induzida por fármacos
PA elevada de consultório ou suspeita de pré-eclâmpsia em mulheres grávidas
Confirmação de hipertensão resistente
Indicações específicas para MAPA
Discordância importante entre a PA no consultório e em casa
Avaliação do descenso durante o sono
Suspeita de HA ou falta de queda da PA durante o sono habitual em pessoas com apneia de sono, DRC ou diabetes
Avaliação da variabilidade da PA

HA: hipertensão arterial; HM: hipertensão mascarada; LOA: lesão de órgão-alvo; EAB: efeito do avental branco; DRC: doença renal crônica.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

5.5 Tratamento

Após a confirmação do diagnóstico existem opções de tratamento: medicamentoso, não medicamentoso e associação. Que são definidos pelo médico de acordo com o quadro de cada indivíduo (BRASIL, 2019b).

O tratamento não medicamentoso consiste basicamente em mudanças do estilo de vida: dieta equilibrada e hipossódica, prática regular de atividades físicas, abandono do tabagismo e abuso de álcool (BRASIL, 2019b).

O tratamento medicamentoso se faz por meio de fármacos que podem ser das classes dos diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor de angiotensina II e os betabloqueadores, que são indicados de acordo com a necessidade de cada indivíduo: avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos alvo, histórico familiar, idade e gravidez. Devido à sua característica multifatorial, o tratamento da hipertensão comumente necessita de um ou associação de dois ou mais medicamentos (BRASIL, 2019b).

O tratamento associado consiste em um plano de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e consiste na opção que apresenta mais resultados positivos, desde que o paciente siga as recomendações (BRASIL, 2019b).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado da alta prevalência de pacientes com HAS, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema

A partir da análise do diagnóstico situacional e discussões com a Equipe de Saúde da Família: Doutor José Monteiro de Almeida, situada na cidade de Bertópolis-MG, percebemos que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma problemática que deve ser priorizada pela equipe. Problemática essa descrita e exemplificada por meio da seleção de seus nós críticos, segundo a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A realidade enfrentada pela Equipe de Saúde da Família: Doutor José Monteiro de Almeida condiz com o cenário nacional, existe uma alta prevalência de pacientes com HAS, como podemos verificar no quadro de Distribuição das Consultas de Médico e Enfermeiro Segundo os Programas e Área de PSF do ano de 2018, apresentado anteriormente. Com base nesses dados foi possível verificar que 1 em cada 4 atendimentos realizados na unidade foram a pacientes hipertensos. O que ressalta a necessidade e relevância desse plano de intervenção

6.2 Explicação do problema selecionado

Como mencionamos anteriormente a HAS é uma condição clínica multifatorial, que se caracteriza pela elevação da pressão arterial (PA). A elevação da PA faz com que o coração sofra uma sobrecarga, tendo que trabalhar mais do que o habitual, para cumprir sua função de bombear o sangue por todo corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O Ministério da Saúde considera como HAS valores de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, para pessoas que não façam uso de medicamento antihipertensivos (BRASIL, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a HAS pode ser classificada como primária ou secundária. O primeiro modo acontece em cerca de 95% dos casos, e sua causa é desconhecida, o outro grupo dos 5% restantes constitui o grupo de causas conhecidas. As causas mais comuns de hipertensão arterial são doença parenquimatosa renal e a estenose de artéria renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Ao analisarmos os dados do quadro de Distribuição das Consultas de Médico e Enfermeiro Segundo os Programas e Área de PSF do ano de 2018 da Unidade de Saúde da Família de Bertópolis-MG, podemos verificar que na área do PSF1 houve 2864 atendimentos, desses 25,14% foram destinados a pacientes hipertensos, na área PSF2 houve 896 atendimentos e 60,27% foram destinados a pacientes hipertensos, e a área PSF3 foram realizados 610 atendimentos onde 49,18% desses atendimentos eram de pacientes com HAS. Baseado nesses dados é possível observar um elevado número de pacientes hipertensos.

Esse índice é o infeliz reflexo em sua grande maioria de maus hábitos alimentares, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, a não adesão adequada ao tratamento, tabagismo, consumo de álcool, ou seja, fatores de risco modificáveis. É importante salientar que existe uma pequena parcela de pacientes cuja elevação da PA é decorrente de fatores de risco não modificáveis (hereditariedade, idade e sexo).

Os maiores desafios da equipe de saúde é conscientizar os pacientes sobre os riscos ocasionados pela HAS, a necessidade de mudanças no estilo de vida, e a importância da adesão correta aos tratamentos (medicamentoso ou não). Pois com medidas simples é possível manter os níveis pressóricos o mais próximo da normalidade, evitando perdas aos hipertensos, familiares, bem como toda sociedade, que arca diretamente ou indiretamente com os custos.

No quadro abaixo, podemos observar o desenho de operações para os “nós” críticos do problema de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), identificados a partir da análise do diagnóstico situacional e discussões com a Equipe de Saúde da Família: Doutor José Monteiro de Almeida, situada na cidade de Bertópolis-MG.

Quadro 5: Desenho dos “nós críticos” do problema de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) identificados a partir da análise do diagnóstico situacional e discussões com a Equipe de Saúde da Família: Doutor José Monteiro de Almeida, situada na cidade de Bertópolis-MG

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos Alimentares	Plano alimentar	Redução de 30% da obesidade e sobrepeso em pacientes hipertensos.	Programa de planejamento alimentar.	Organizacional: para a elaboração do plano alimentar e divulgação das ações; Cognitivo: informações sobre a importância da reeducação alimentar; Político: disponibilidade do local e mobilização das RAS.
Sedentarismo	Corpo em Movimento	Redução de 25% do sedentarismo em hipertensos.	Programa de combate ao sedentarismo.	Organizacional: divulgação das ações e caminhada coletiva; Cognitivo: informações sobre a importância da prática de exercícios físicos; Político: disponibilidade da equipe executora das ações.
Tabagismo	Anti Tabagismo	Redução de 20% o número de tabagistas.	Programa de combate ao tabagismo.	Organizacional: para a realização das palestras e

				<p>divulgação das ações;</p> <p>Cognitivo: informações sobre os malefícios do tabagismo;</p> <p>Político: disponibilidade do local e mobilização das RAS.</p> <p>Financeiro: recursos para a confecção de folhetos.</p>
Hipertensão Arterial Sistêmica	Dia do Hipertenso	Reduzir em 40% os agravantes decorrentes da HAS.	Programa de combate a HAS.	<p>Organizacional: para a realização das palestras e divulgação das ações;</p> <p>Cognitivo: informações sobre a HAS;</p> <p>Político: disponibilidade do local e equipe.</p> <p>Financeiro: recursos para a confecção de folhetos.</p>

Fonte: Autor, 2019

6.4 Desenho das operações

Diante dos nós críticos e a realidade vivência pela Equipe de Saúde Dr. José Monteiro de Almeida foi possível traçar um plano de intervenção para o enfrentamento da HAS – complementando a proposta acima, como podemos observar no quadro:

Quadro 6: Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor José Monteiro, do município Bertópolis, estado de Minas Gerais

Operação/Projeto	
Plano Alimentar	Organizacional > mobilização da comunidade com relação à importância de reeducação alimentar; Político > aprovação das ações pela gestão da unidade; articulação da equipe da unidade para o desenvolvimento das atividades; mobilização das RAS.
Corpo em Movimento	Organizacional > mobilização da comunidade com relação à importância da prática de atividades físicas e realização da caminhada coletiva; Político > aprovação das ações pela gestão da unidade; articulação da equipe da unidade para o desenvolvimento das atividades.
Anti Tabagismo	Organizacional > mobilização da comunidade com relação aos malefícios decorrentes do tabagismo; Financeiro > recursos para o custeio dos folhetos de divulgação das ações; Político > aprovação das ações pela gestão da unidade; disponibilização do local para as ações; mobilização da equipe da unidade e RAS para a execução das ações;
Dia do Hipertenso	Organizacional > mobilização da comunidade para conhecer mais sobre a HAS; Financeiro > recursos para o custeio dos folhetos de divulgação das ações; Político > aprovação das ações pela gestão da unidade; disponibilização do local para as ações; mobilização da equipe da unidade e RAS para a execução das ações;

Fonte: Autor, 2019

No quadro abaixo podemos observar as propostas de ações para a motivação dos atores do projeto:

Quadro 7: Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor José Monteiro, do município Bertópolis, estado de Minas Gerais

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Plano Alimentar	Organizacional > mobilização da comunidade com relação à importância de reeducação alimentar; Político > aprovação das ações pela gestão; Mobilização das RAS.	Gestão da Unidade Básica de Saúde; Equipe da Unidade Básica de Saúde; Equipe do NASF.	Favorável Favorável Favorável	Apresentar o projeto a equipe gestora da unidade de saúde e ao NASF.
Corpo em Movimento	Organizacional > mobilização da comunidade com relação à importância da prática de atividades físicas; Político > aprovação das ações pela gestão da unidade; Articulação da equipe para o desenvolvimento das atividades.	Gestão da Unidade Básica de Saúde; Equipe da Unidade Básica de Saúde.	Favorável Favorável	Apresentar o projeto a equipe gestora da unidade de saúde.
Anti Tabagismo	Organizacional >	Gestão da	Favorável	Apresentar o

	<p>mobilização da comunidade com relação aos malefícios decorrentes do tabagismo;</p> <p>Financeiro > recursos para o custeio dos folhetos de divulgação das ações;</p> <p>Político > aprovação das ações pela gestão;</p> <p>disponibilização do local para as ações;</p> <p>mobilização da equipe da unidade e RAS;</p>	<p>Unidade Básica de Saúde;</p> <p>Secretaria de Saúde;</p> <p>Equipe da Unidade Básica de Saúde;</p> <p>Equipe do NASF.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>projeto a equipe gestora da unidade de saúde, secretaria de saúde e ao NASF.</p>
Dia do Hipertenso	<p>Organizacional > mobilização da comunidade para conhecer mais sobre a HAS;</p> <p>Financeiro > recursos para o custeio dos folhetos de divulgação das ações;</p> <p>Político > aprovação das ações pela gestão;</p> <p>disponibilização do local para as ações</p> <p>mobilização da equipe da unidade e RAS;</p>	<p>Gestão da Unidade Básica de Saúde;</p> <p>Secretaria de Saúde;</p> <p>Equipe da Unidade Básica de Saúde;</p> <p>Equipe do NASF.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto a secretaria de saúde e ao NASF.</p>

Fonte: Autor, 2019

No quadro abaixo podemos verificar o plano operativo do projeto:

Quadro 8: Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Doutor José Monteiro, do município Bertópolis, estado de Minas Gerais

Operações	Resultados	ProEndemias e Epidemias Adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Plano Alimentar Reeducação Alimentar	Redução de 30% da obesidade e sobrepeso em hipertensos.	Elaboração de um plano alimentar.	Elaboração de um plano alimentar em conjunto com paciente e nutricionista; Ações de incentivo a reeducação alimentar; Metas de perda de peso; Acompanhamento mensal da adesão ao plano alimentar.	Dra. Ananda Vander Maas (nutricionista) Dr. Rafael Souza Mezer (médico)	Previsão para apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial de seis meses, podendo ser prorrogadas para mais doze meses. Com avaliação mensal de desempenho realizada por toda equipe envolvida no projeto.
Corpo em Movimento	Redução de 25% do	Caminhada Coletiva	Avaliação do estado clínico e	Dr. Rafael Souza Mezer	Previsão para

Programa de combate ao sedentarismo	sedentarismo em hipertensos.		elaboração do plano de atividades físicas; Realização diária de caminhadas coletivas com a participação dos ACS e pacientes; Incentivo à prática de atividades físicas.	(médico) Luciana Souza Rodrigues, Iane Martins Santos, Jorane Silva Neves, Sirleide Bahia e Fabiane Braga (ACS)	apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial de seis meses, podendo ser prorrogadas para mais doze meses. Com avaliação mensal de desempenho realizada por toda equipe envolvida no projeto.
Anti Tabagismo Programa de combate ao tabagismo	Redução de 20% o número de tabagistas.	Programa de combate ao tabagismo	Avaliação clínica no primeiro contato com o paciente; Teste de Fogstrom para avaliar a dependência à Nicotina; Realizar consultas médicas e de enfermagem mensalmente, além do acompanhamento com visitas	Dr. Rafael Souza Mezer (médico) Dr. Vitor Sales Lima (psicólogo) Marilda Pinheiro D. Mendes (enfermeira) Luciana Souza Rodrigues, Iane Martins Santos,	Previsão para apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial de doze meses, podendo ser prorrogadas para mais doze meses.

			<p>Domiciliares (VD) dos ACS da ESF quinzenalmente;</p> <p>Avaliação de grau de motivação por meio de entrevista que será realizada por qualquer participante da equipe durante o acolhimento do usuário;</p> <p>Realização de grupos educativos na unidade com 20 membros, inicialmente 4 sessões semanais, seguidas de 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes.</p>	<p>Jorane Silva Neves, Sirleide Bahia e Fabiane Braga (ACS)</p>	<p>Com avaliação mensal de desempenho realizada por toda equipe envolvida no projeto.</p>
<p>Dia do Hipertenso</p> <p>Programa de combate a HAS</p>	<p>Reduzir em 40% os agravantes decorrentes da HAS.</p>	<p>Programa de combate a HAS,</p>	<p>Avaliação clínica no primeiro contato com o paciente;</p> <p>Promover a adesão ao tratamento da HAS;</p> <p>Sensibilizar a comunidade quanto aos fatores de riscos</p>	<p>Dr. Rafael Souza Mezer (médico)</p> <p>Dr. Rafael Souza Mezer (médico)</p> <p>Dr. Vitor Sales Lima (psicólogo)</p> <p>Marilda Pinheiro D.</p>	<p>Previsão para apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial de seis meses,</p>

			<p>e complicações, diagnóstico, prevenção e tratamento da HAS;</p> <p>Reduzir o índice de complicações causadas pela HAS através da identificação precoce;</p> <p>Estimular à prática de alimentação saudável e atividades físicas moderadas pelos pacientes e toda comunidade;</p> <p>Fomentar o conhecimento de bons hábitos alimentares para pacientes e toda comunidade. E estimular o abandono do tabagismo.</p>	<p>Mendes (enfermeira) Luciana Souza Rodrigues, Iane Martins Santos, Jorane Silva Neves, Sirleide Bahia e Fabiane Braga (ACS)</p>	<p>podendo ser prorrogadas para mais doze meses. Com avaliação mensal de desempenho realizada por toda equipe envolvida no projeto.</p>
--	--	--	---	---	---

Fonte: Autor, 2019

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde observou que o elevado número de pacientes hipertensos é o infeliz reflexo em sua grande maioria de maus hábitos alimentares, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, a não adesão adequada ao tratamento, tabagismo, consumo de álcool, ou seja, fatores de risco modificáveis. É importante salientar que existe uma pequena parcela de pacientes cuja elevação da PA é decorrente de fatores de risco não modificáveis (hereditariedade, idade e sexo).

Os maiores desafios da equipe de saúde são conscientizar os pacientes sobre os riscos ocasionados pela HAS, a necessidade de mudanças no estilo de vida, e a importância da adesão correta aos tratamentos (medicamentoso ou não). Pois com medidas simples é possível manter os níveis pressóricos o mais próximo da normalidade, evitando perdas aos hipertensos, familiares, bem como toda sociedade, que arca diretamente ou indiretamente com os custos.

Nesse sentido o plano de intervenção buscará através de ações de educação e promoção em saúde sensibilizar os usuários da unidade hipertensos da importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Por meio do estímulo a alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares, abandono do tabagismo e/ou abuso de álcool. E a expectativa que essas ações reduzam as chances de ocorrência de agravantes ocasionados pela elevação dos níveis pressóricos.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, C. A.; SOUZA, J. P.; DELLAGNELO, E. H. L.; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**], v. 1, n. 4, p. 745-76. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-2003201300040000>. Acesso em: 01 abr. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bertopolis/panorama>. Acesso em 12 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2013. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fatores de risco**. Brasília. 2017. Disponível: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2014.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273pdf>. Acesso em: 05 mai. 2019.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas **Arq. Bras. Cardiol.**, v.100, n.4, p.355-361, 2013.

PIERIN, A.M.G.; et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Revista de Ciência & Saúde Coletiva*, 2013. Disponível: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3991/art_PIERIN_Control_e_da_hipertensao_artorial_e_fatores_associados_2011.pdf?sequence=1. Acesso: 04 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. v. 107., n.3., 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.

pdf. Acesso em 27 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information systems. Genebra, 2017. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html Acesso em: 10 abr. 2019.