

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

**GLORIA MARÍA GARZÓN FERRER**

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO  
TERRITÓRIO DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS:  
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Polo Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Minas Gerais

2016

**GLORIA MARÍA GARZÓN FERRER**

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO  
TERRITÓRIO DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS:  
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação de Pós Graduação, Universidade Federal  
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista em Programa Saúde da Família.

**Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi**

Polo Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Minas Gerais

2016

**GLORIA MARÍA GARZÓN FERRER**

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO  
TERRITÓRIO DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS:  
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2: Profa.Dra. Emiliane Silva Santiago – Universidad federal de Mato Grosso Nome

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2016.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças crônicas com maior prevalência atualmente em diversos países e a atenção básica é a responsável pela prevenção, acompanhamento e controle a fim de evitar o agravamento e o surgimento de complicações. Este trabalho realizado com a participação de usuários hipertensos acompanhados na unidade básica de saúde Nova Lavras; Minas Gerais. Destaca-se como dificuldades, a condição do paciente de apresentar estilo de vida saudável. Isto se deve a fatores como a pouca informação sobre a doença, prevenção, controle e suas complicações. A realização de um projeto de intervenção pretende caracterizar a informação de que dispõe os usuários sobre a doença e promover a prevenção, através de ações educativas. O trabalho será desenvolvido durante as consultas e os usuários serão divididos em dois grupos para a realização de atividades educativas com encontros semanais com duração de cinquenta minutos para cada grupo. A realização destes encontros contará com a participação de toda a equipe de saúde da unidade que passaram por capacitações. Espera-se reduzir complicações dentre os portadores de hipertensão.

**Descritores:** Hipertensão arterial; Saúde da família

## **ABSTRACT**

High Blood Pressure, is known as one of the chronicle diseases that prevails nowadays in several countries, and basic attending is the key for preventing and controlling, in order to avoid worsening and arising of other complications. This research carried out with hypertensive patients from basic medical unit Nova Lavras highlights the different difficulties to keep healthy lifestyle, due to factors such as lack of information about the disease, prevention tips, control and complications. Making an intervention project has as main goal to classify information to which users access about the illness, as well as promoting through educational activities the prevention of it. The investigation will be developed during the normal consultation, and users will be split into two groups for receiving educational advisement in weekly meetings of fifty minutes each group. All this reunions will be held by the medical team unit and just a few resources will be needed to accomplish it.

**Descriptors:** High Blood Pressure, Family health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME- Ambulatório Médico Especializado  
APS- Atenção Primária de Saúde  
AVC- Acidente vascular Cerebral  
CAPS- Centro de atenção Psicossocial  
CAPS-AD- Centro de atenção Psicossocial Álcool e drogas  
CEMIG- centrais elétrica de Minas Gerais  
CEO- Centro de especialidades odontológicas  
CIAL-centro de Imagens Médicas avançadas de Lavras  
COPASA-Companhia de saneamento de Minas Gerais  
CVV- Centro Viva Vida  
DCNT- doenças crônicas não transmissíveis  
DM- Diabetes melitus  
ESF- Estratégia de Saúde da Família  
FPM-Fundo de participação municipal  
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
HEMOCELL- Laboratório de citologia e análises clínicas de Lavras  
HEMOSUL- Instituto de Hemodinâmica do Sul de Minas  
IAM- Infarto agudo do miocárdio  
IDEB-Índice de Desenvolvimento da Educação Básica  
IDH-Índice de Desenvolvimento humano  
IPVA- Imposto sobre a propriedade de veículos automotores  
ISSQN-Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas  
MG- Minas Gerais  
NASF- Núcleo de apoio à saúde da família  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
OPAS- Organização Pan-americana da Saúde  
PA- Pressão Arterial  
PAB-Piso de Atenção Básica  
PSF-Programa Saúde da Família  
SAMU- Serviço de atendimento médico de urgência  
SEDEX-Serviço expresso de envio de mercadorias  
SIAB- Sistema de Informação de atenção básica

Sr.- Senhor

SUS- Sistema Único de Saúde

UFLA- Universidade Federal de Lavras

UNILAVRAS- centro universitário de Lavras

URPA- Unidade Regional de Pronto Atendimento

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1: População residente em Lavras/Minas Gerais por faixa etária e gênero, 2014

QUADRO 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Programa Saúde da Família Nova Lavras, MG, 2014

QUADRO 3: Descritores dos pacientes hipertensos e fatores de risco associados.

QUADRO 4: Desenho de operações para os no críticos do problema alta de prevalência de hipertensão arterial do PSF11 Nova Lavras, MG

QUADRO 5: Recursos críticos para o problema alta de prevalência de hipertensão arterial do PSF11 Nova Lavras, MG.

QUADRO 6: Análise da viabilidade do plano.

QUADRO 7: Plano operativo



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 JUSTIFICATIVA .....	24
3 OBJETIVOS .....	26
4 METODOLOGIA.....	27
5 REVISÃO DA LITERATURA .....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	33
REFERÊNCIAS.....	34

# 1 INTRODUÇÃO

## **Sobre o Município**

Lavras é um município localizado na região sudeste de Minas Gerais (MG) e fica a cerca de 240 km da capital do estado. A população é de 99.229 habitantes segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2010 que ocupam uma área de 564.744 km<sup>2</sup> com uma densidade populacional de 175.78hab/km<sup>2</sup>. (IBGE,2014)

O município tem atualmente como Prefeito: Silas Costas Pereira, como Secretário Municipal de Saúde: Leandro Lazzarini Moretti e como coordenadora da atenção básica a enfermeira Vanessa Abraham Mesquita.

## **Histórico do município**

O Arraial de Sant'Ana das Lavras do Funil teve sua fundação na primeira metade do século XVIII. Os primeiros habitantes estavam empenhados na busca pelo ouro. A escassez do metal, no entanto, fez com que a agricultura e a pecuária despontassem como as principais atividades da região. (Costa,Firminio. 1911)

Passou à condição de vila, em 1831, o povoado não parou de crescer. Já em 1868, Lavras obteve emancipação política e administrativa, vindo a se consolidar como uma das principais cidades de Minas Gerais. (Costa,Firminio. 1911)

O município de Lavras situa-se na Zona Fisiográfica Sul do Estado de Minas Gerais, fazendo parte da Microrregião Alto Rio Grande que é constituído por nove municípios: Lavras, Ribeirão Vermelho, Ijaci, Carrancas, Itutinga, Nepomuceno, Itumirim, Luminárias e Ingaí. Limita-se ao Norte com Ribeirão Vermelho e Perdões; a Leste com Ijaci e Itumirim; a Oeste com Nepomuceno e ao Sul com Ingaí e Carmo da Cachoeira. (IBGE,2014)

Possui apenas o distrito sede com área de 564.744 Km<sup>2</sup>, abrangendo cerca de 5,59% da superfície total da microrregião. A área do perímetro urbano corresponde aproximadamente a 117,84 km<sup>2</sup> e a área urbanizada corresponde a 14,16 Km<sup>2</sup>. (IBGE,2014)

A posição geográfica é determinada pelo paralelo, 21° 14' 30" de latitude sul e 45° 00' 10" de longitude oeste de Greenwich. A sede do município encontra-se a 914m de altitude. (IBGE,2014)

## Diagnóstico Situacional

### Aspectos Demográficos

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2014.

QUADRO 1: População residente em Lavras por faixa etária e gênero, 2014

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
Menor 1	268	261
1 a 4	2787	2589
5 a 9	3341	3294
10 a 14	3926	3859
15 a 19	4263	4124
20 a 24	4428	4435
25 a 29	4336	4343
30 a 34	3955	3995
35 a 39	3304	3629
40 a 44	3495	3718
45 a 49	3238	3697
50 a 54	3106	3369
55 a 59	2466	2767
60 a 64	1838	2189
65 a 69	1376	1650
70 a 74	891	1161
75 a 79	609	834
80 e +	604	1084
Ignorada	-	-
<b>Total</b>	<b>48231</b>	<b>50998</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2015

Taxa de crescimento anual da população no período 2000-2010: 0,81%

Densidade demográfica: 175.78 hab/Km<sup>2</sup>

## **Aspectos socioeconômicos**

### **Atividades econômicas e arrecadação**

A produção agropecuária se destaca especialmente pelo café e pelo gado leiteiro, apesar de ali constarem diversas culturas agrícolas. O setor industrial se encontra em franco desenvolvimento, graças às condições favoráveis de que a cidade dispõe. Os setores têxtil, agroindustrial e metalúrgico são os principais ramos industriais de Lavras, que proporciona um aumento na oferta de trabalho para a população. Entretanto, grande fração da população trabalha de forma informal. (IBGE,2014)

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de Participação Municipal (FPM);
- Imposto Sobre Serviço de Quaisquer Naturezas (ISSQN);
- Piso de Atenção Básica (PAB Fixo);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Além desses recursos financeiros, a prefeitura ainda arrecada 50% do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) com arrecadação anual.

### **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)**

O IDH médio para o ano de 2010 foi de 0,782. (fonte: médio PNUD/2010) sendo o quinto no estado.

### **Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza 2010**

3,62 % (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil- 2010)

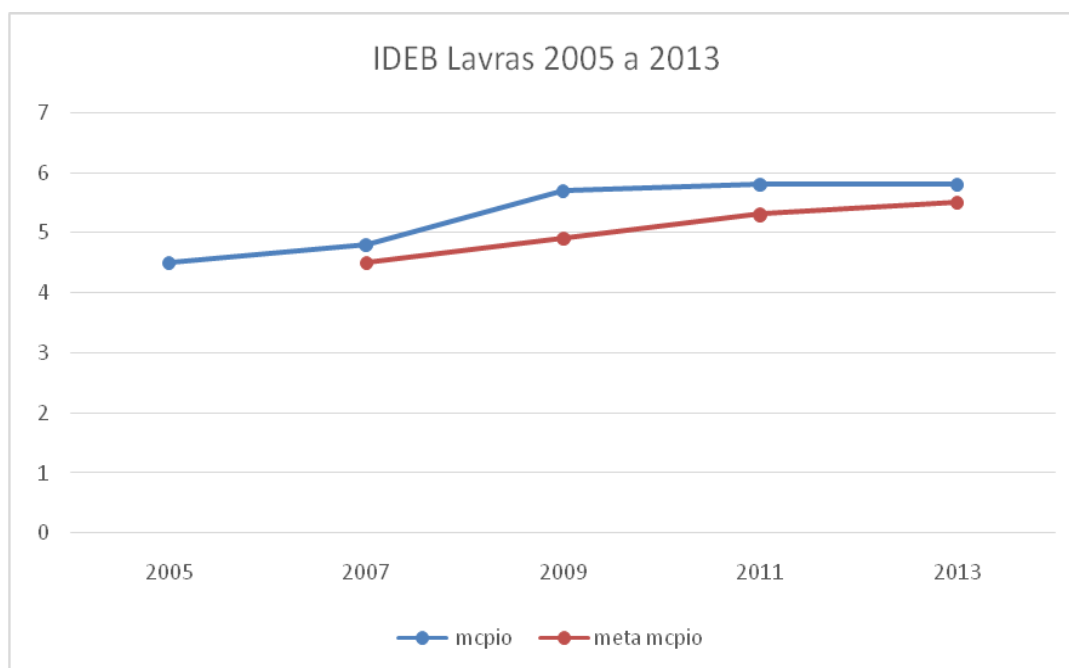
### **Saneamento Básico**

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Nova Lavras é razoavelmente boa, conta-se com coleta de lixo quatro vezes na semana e instalação sanitária em quase 100 % das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana. Tem famílias em situações precárias de moradia. (PNUD 2010).

### Educação e recursos da comunidade:

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores: Gráfico 1.

Gráfico 1: Mostra o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2005/2013 de Lavras/Minas Gerais



Fonte: Ministério da Educação – IDEB

A meta do índice de desenvolvimento do município planejada para o ano 2013 foi atingida no ano 2009.

O IDEB é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10.

Lavras também se destaca na educação para a área da saúde, com cursos técnicos e superiores. O Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) oferece os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Odontologia, a Faculdade Presbiteriana Gammon oferece a graduação em Educação Física e a Universidade Federal de Lavras (UFLA) que é reconhecida em todo o país e também no exterior e este ano começou nela o primeiro curso de medicina oferece os cursos de Educação Física, Nutrição e Medicina.

Tem 21 igrejas, 9 creches e 13 escolas municipais, 9 escolas estaduais e 12 escolas privadas, 3 centros de educação especiais e uma Universidade Federal que é referência nacional.

Os serviços existentes são os de energia elétrica fornecida pela Centrais Elétrica de Minas Gerais (CEMIG), água fornecida pela empresa: COPASA, as empresas de telefonia com cobertura são: VIVO, TIM, OI e CLARO.

O município conta também com agência de correios e as agências bancárias: Bradesco, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Itaú e SICOOB de Lavras.

### **Sistema Municipal de saúde**

Lavras possui um dos melhores índices do sul de Minas Gerais de qualidade de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), conta com dois ambulatórios médicos especializados, um centro de especialidades odontológicas (CEO), 17 unidades do PSF, um hospital público da mulher, Centro Viva Vida (CVV) que brinda serviço a municípios vizinhos, banco de leite, posto de doação de sangue, dois postos de saúde, hospital do câncer e uma enorme unidade regional de pronto atendimento (URPA), junto ao mesmo prédio fica instalado o laboratório municipal de análises clínicas. Além disso, este ano chegou ao município o Serviço de atendimento médico de urgência (SAMU) com duas ambulâncias.

No município o PSF foi implantado há 17 anos, iniciando com uma equipe e aumentando o número no decorrer dos anos. Atualmente o município conta com 17 equipes, a cobertura é de 76% e em relação às equipes de saúde bucal, o município conta com 17 equipes também, dois equipes de Núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que é referência de municípios vizinhos. Também conta com Centro de atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), uma URPA, tem uma farmácia municipal.

Já no setor privado o município conta com dois hospitais particulares a Santa Casa de Misericórdia e Vaz Monteiro, plano de saúde UNIMED, Instituto de Hemodinâmica do Sul de Minas (HEMOSUL), Laboratório de citologia e análises

clínicas de Lavras (HEMOCELL), Centro de Imagens Médicas avançadas de Lavras (CIAL), clínicas médicas odontológica particulares, consultórios particulares, Laboratório Santa Cecília (conceituado nacionalmente, possui o ISO-9001) e um edifício de clínicas de 12 andares localizado no centro de Lavras usado exclusivamente para instalação de clínicas e consultórios.

A referência para a média e alta complexidade são os municípios de Varginha, Poço de Caldas, São Paulo e Belo Horizonte. Quanto ao sistema de referência e contra referência, ainda encontra-se descoberto nesta gestão.

### **Posto de Saúde da Família- PSF**

O PSF onde foi idealizado este trabalho está localizado no bairro Nova Lavras. A estrutura física é um local centralizado em relação à área de abrangência, facilitando o acesso dos usuários, a região correspondente a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF), tem relevo plano com as ruas pavimentadas.

O horário de funcionamento é de segunda à quinta, nos períodos de 7 às 11 horas e 13 às 17 horas. Na sexta às 8 horas de trabalho são para acessar na plataforma e responder as tarefas da especialização.

O PSF Nova Lavras foi inaugurado em junho do 2000, funciona com atendimento integral, onde são feitos os atendimentos de especialidades como: Pediatria, Odontologia, Nutrição e Fisioterapia. Contamos com um consultório médico e um odontológico.

O acesso as outras especialidades ocorre no município aos cuidados dos AME, CAPS, Centro de Fisioterapia, CVV ou a URPA. O transporte é feito por ônibus, ambulância ou por conta própria dos pacientes. Quando o acesso deve ser fora do município, a secretaria de saúde disponibiliza o transporte.

### **Recursos humanos**

O PSF Nova Lavras consta com o apoio de uma equipe de saúde composto por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, uma assistente de odontologia, equipe de enfermagem em sala de vacinação, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e 5 agentes comunitários. Todo mês a equipe tem o apoio de uma pediatra.

### **Estrutura Física do PSF**

Contamos com uma estrutura física para; consultório médico e odontológico , sala de enfermagem, sala de vacinação, sala de curativos, sala de esterilização, sala de triagem, sala para os agentes, onde se fazem as reuniões de equipe, recepção, banheiros, há também uma cozinha.

Equipamentos de ginecologia, balança adulto e uma pediátrica, régua pediátrica de medição, esfigmomanômetro de adulto, estetoscópios, otoscópio, glicômetro, nebulizador entre outros.

### **Aspectos Epidemiológicos**

Segundo os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) o município tinha cadastrado no final de 2014, 10910 portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 2418 portadores de Diabetes Mellitus (DM).

As principais causas de internação no ano de 2014 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do DM, Acidente Vascular Encefálico, descompensações de HAS, cardiopneumogástricas e câncer. As principais causas de óbitos no ano de 2014, segundo levantamento realizado a partir dos dados das DO's foram: câncer, pneumonias, Infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidentes de trânsito.

A taxa de mortalidade infantil foi de 39/1000 nascidos vivos que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 94%. (DATASUS)



## **Plano de Ação**

### **Primeiro passo: definição dos problemas**

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem obtendo destaque no cenário mundial como importante estratégia para diminuição das iniquidades quando da prestação de serviços de saúde, com importante repercussão na melhoria de indicadores sensíveis à APS.

Para avaliar um serviço, ou programa em saúde devem-se considerar aspectos de estrutura (recursos materiais, físicos, humanos, normas, entre outros), de processo, (atividades) e de resultados.

A partir da avaliação, análise dos dados disponíveis em fontes como: IBGE, SIAB e Secretária de Saúde Municipal, entrevistas com os informantes chaves e observação da área, identificamos problemas nos quais atuar.

A nossa equipe teve a oportunidade de discutir os principais problemas enfrentados no processo de trabalho, além de, buscar compreender os fatores de contexto que influenciam em nossos resultados.

Foram citados vários problemas: falta de agentes comunitários em duas microáreas , fato que repercute no acompanhamento desta população, dificuldades de acesso as medicações de doenças crônicas, fornecidas pela secretaria de saúde, demora para os atendimentos das especialidades fora de município,e demora para os exames de maior complexidade, alta demanda de atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos, alto índice de fatores de risco e aumento de atendimentos de pessoas hipertensas que ainda não tinham sido diagnosticadas, levando a alta incidência da HAS, fato que indica um sub-registro da mesma.

No entanto, como não é possível intervir sobre tudo, considerando tempo, recursos, governabilidade, questões políticas etc, é necessário estabelecer prioridades de investimento.

Sendo consenso geral da equipe, a elevada taxa de incidência de pacientes hipertensos, demanda de atendimento dos pacientes hipertensos, inadequados controles de seguimento de doenças crônicas como hipertensão arterial y diabetes mellitus. Desconhecimento da doença, fato que promove falta de responsabilidade y baixa adesão ao tratamento dos pacientes.

## Segundo passo: priorização de problemas

QUADRO 2 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da PSF Nova Lavras, MG. 2014

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta taxa de incidência de HAS	Alta	6	Parcial	1
Déficit de agentes comunitários na área de abrangência	Alta	6	Parcial	2
Grande demanda de atendimentos de hipertensos e Diabéticos	Alta	6	Parcial	3
Uso incorreto de medicamentos prescritos para hipertensos y diabéticos	Alta	5	Parcial	4
Inadequado funcionamento de grupos hiperdia	Alta	5	Parcial	5
Desorganização no agendamento	Alta	6	Parcial	6
Excesso de demanda espontânea	Alta	5	Parcial	7

FONTE: Equipe de Saúde da Família – PSF– Nova lavras – Lavras/MG

## Terceiro passo: descrição do problema selecionado

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a HAS, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a DM.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país (BRASIL, 2006a; OPAS, 2010). Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar,

tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas.

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS e DM. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamento e medicamentoso pelos hipertensos e diabéticos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto.

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se a abordagem da HAS como doença crônica, aumento da adesão da população às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida. O projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência do PSF Novas Lavras.

O quadro abaixo ilustra em números a quantidade de pacientes hipertensos cadastrados e alguns fatores de risco encontrados nessa população.

QUADRO 3 – Descritores dos pacientes hipertensos e fatores de risco associados.

Descritores		Fontes
Hipertensos Cadastrados	450	SIAB
Hipertensos Controlados	245	Dados da Equipe
Hipertensos Diabéticos	80	Dados da Equipe
Hipertensos Obesos	29	Dados da Equipe
Hipertensos Tabagistas	42	Dados da Equipe
Hipertensos Sedentários	23	Dados da Equipe
Hipertensos dislipidêmicos	54	Dados da Equipe

Fonte: FERRER, 2016.

Com o levantamento dos dados acima foi possível identificar os problemas mais comuns encontrados nessa população específica, facilitando a elaboração de planos de ação e direcionamento das estratégias de intervenção.

QUADRO 4 Desenho de operações para os no críticos do problema alta de prevalência de hipertensão arterial do PSF11 Nova Lavras

No críticos	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Entendiment o da doença	Aprendendo a viver. Criação de grupos	Aumentar o nível de conhecimento e responsabilidade e dos pacientes.	Avaliação do nível de informação sobre a doença e suas complicações	Político: conseguir o local para dar a palestra. Mobilização dos pacientes. Cognitivo: informação sobre a doença. Financeiro: obter recursos para aquisição de folhetos educativos y vídeos.
Hábitos de vida. Tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, sedentarismo .	<b>Minha saúde, minha vida.</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Diminuir o 25% de obesos, pessoas com sedentarismo e tabagistas.	Programa alimentação saudável. Incentivar caminhadas e atividades físicas.	Organizacional: Organizar caminhadas. Cognitivo: aumentar a informação sobre levar estilos de vida saudáveis - Político: intersetorial com departamento de nutrição da UFLA. Financeiro: Aumentar os recursos para, materiais educativos. Aumentar as vagas para a academia da prefeitura.
Baixa Adesão ao tratamento	Eu quero melhorar. Estimular condutas responsáveis de autocuidado.	Aumentar o conhecimentos dos pacientes e familiares sobre adesão ao tratamento anti- hipertensivo	Inclusão do grupo familiar no contexto de tratamento e acompanhame nto dos hipertensos	Político: parcerias, mobilização dos pacientes Cognitivo: informações sobre o tema. Financeiro: recursos para materiais educativos. Organizacionais: organização da agenda
Controle em	Protocolos	Avaliar risco	Protocolo	Cognitivo: informações

consultas periódicas	em ação Adotar linhas guias e protocolos padronizados como referência.	individual, condutas padronizadas, planejamento da consulta individual e garantir a qualidade de vida.	hipertensão do município	sobre o tema. Organizacionais: estimular o comparecimento dos pacientes na consulta e grupos. Financeiro: materiais educativos, audiovisuais.
Prevenção de complicações	Longa vida. Viver com qualidade	Diminuir complicações, assim como hospitalizações e sequelas	Identificação de pacientes com risco de complicações e faltosos.	Cognitivo: informação detalhada do tema. Organizacionais: trabalho da equipe com grupos de alto risco. Financeiro: matérias educativos.

Fonte: FERRER, 2016.

QUADRO 5 Recursos críticos para o problema alta de prevalência de hipertensão arterial do PSF11 Nova Lavras.

Operação/ projeto.	No críticos.
Aprendendo a viver. Criação de grupos	Político: conseguir o local para palestra. Mobilização dos pacientes. Cognitivo: informação. Financeiro: obter recursos para aquisição de materiais educativos
<b>Minha saúde, minha vida.</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Organizacional: Organizar caminhadas. Cognitivo: aumentar a informação sobre como levar estilos de vida saudáveis oferecendo informação. - Político: intersetorial com departamento de nutrição da UFLA. Financeiro: Aumentar recursos para materiais educativos. Aumentar as vagas para a academia da prefeitura.
Eu quero melhorar. Estimular condutas responsáveis de autocuidado.	Político: parcerias, mobilização dos pacientes Cognitivo: informações sobre o tema. Financeiro: recursos para aquisição de materiais educativos. Organizacionais : organização da agenda
Protocolos em ação. Adotar linhas guias e protocolos padronizados como referência para o trabalho.	Cognitivo: informações sobre o tema. Organizacionais: estimular o comparecimento dos pacientes na consulta e grupos. Financeiro: materiais educativos
Longa vida. Viver mais anos com qualidade.	Cognitivo: informação detalhada do tema. Organizacionais: trabalho da equipe com grupos de pacientes de alto risco. Financeiro: matérias educativos.

Fonte: FERRER, 2016.

QUADRO 6 Análise da viabilidade do plano.

Operação/ projeto.	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Autor que controla	Motivação	
Aprendendo a viver. Criação de grupos	Político: conseguir o local para dar a palestra. Mobilização dos pacientes. Cognitivo: informação sobre a doença. Financeiro: obter recursos para aquisição de folhetos educativos y vídeos.	Equipe de saúde da família. Secretaria municipal de saúde	Favorável	Não é necessário
<b>Minha saúde, minha vida.</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Organizacional: Organizar caminhadas. Cognitivo: aumentar a informação sobre como levar estilos de vida saudáveis oferecendo informação. - Político: intersetorial com departamento de nutrição da UFLA. Financeiro: Aumentar os recursos para proporcionar folhetos, materiais educativos. Aumentar as vagas para a academia da prefeitura.	Secretaria municipal de esportes e saúde	Favorável	Não é necessário
Eu quero melhorar. Estimular condutas responsáveis de autocuidado.	Político: parcerias, mobilização dos pacientes Cognitivo: informações sobre o tema. Financeiro: obter recursos para aquisição de folhetos e materiais educativos. Organizacionais : organização da agenda	Equipe de saúde da família	Favorável	Não é necessário
Protocolos em ação. Adotar linhas guias e protocolos padronizados como referência para o trabalho.	Cognitivo: informações sobre o tema. Organizacionais: estimular o comparecimento dos pacientes na consulta e grupos. Financeiro: folhetos e materiais educativos, audiovisuais.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Não é necessário
Longa vida. Viver mais anos com qualidade.	Cognitivo: informação detalhada do tema. Organizacionais: trabalho da equipe com grupos de pacientes de alto risco. Financeiro: folhetos e matérias educativas.	Equipe de saúde de família.	Favorável	Não é necessário

Fonte: FERRER, 2016.

## QUADRO 7 Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos.	Operações estratégicas.	Responsável	Prazo
Aprendendo a viver. Criação de grupos	Informação sobre a hipertensão arterial.	Avaliação da informação sobre a doença e complicações	Mobilização de equipe, pacientes e familiares.	Lic. Enfermag em e Doutora.	1 mês para começar e 6 para terminar.
<b>Minha saúde, minha vida.</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Programa de caminhada orientada. Programa de alimentação saudável.	Programa alimentação saudável. Incentivar caminhadas e atividades físicas.	Mobilização de pacientes. Palestras com nutricionista	Nutricionistas e Agentes Comunitários de Saúde.	Tempo: 6 meses.
Eu quero melhorar. Estimular condutas responsáveis de autocuidado.	Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.	Inclusão do grupo familiar no contexto de tratamento e acompanhamento dos hipertensos	Mobilização de familiares e equipe.	Agentes Comunitários de Saúde.	1 mês para começar e até 6 meses.
Protocolos em ação Adotar protocolos padronizado, referência para o trabalho.	Protocolo elaborado e implementado conforme o Programa Saúde em Ação.	Protocolo hipertensão do município	Reuniões com a equipe e gestores.	Coordenação de Atenção Primária a Saúde e Doutora.	Imediato.
Longa vida. Viver mais anos com qualidade.	Diminuir as complicações, assim como as hospitalizações e sequelas	Identificação de pacientes com risco de complicações e faltosos	Trabalho em equipe.	Lic. Enfermag em e Doutora.	Até um ano.

Fonte: FERRER, 2016.

## 2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas.

Nessa perspectiva, a ESF configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS e DM. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamento e medicamentoso pelos hipertensos e diabéticos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto.

Existem múltiplas intervenções não medicamentosas para diminuir a hipertensão arterial. A pessoa portadora de hipertensão e a realização do autocuidado irão depender de alguns fatores, como por exemplo, a percepção e o significado e experiência com a doença, em seu grupo familiar.

As ações da equipe de saúde no combate a hipertensão arterial, devem seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de autocuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Justifica-se assim, a motivação e orientação à população quanto a importância do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, através de mudanças no estilo de vida, enfocando a prevenção dos fatores de risco.



Neste contexto, a educação em saúde apresenta-se como uma estratégia adequada para ensinar o hipertenso sobre sua doença e os modos de viver melhor, proporcionando-lhe oportunidades.

Assim, um dos principais desafios para a equipe multidisciplinar de saúde é obter dos usuários portadores de hipertensão arterial melhor adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso com a elaboração de um plano de ação.

Dentro os problemas enfrentados no PSF de Nova Lavras na atenção a hipertensos e diabéticos, destaca-se a baixa adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças, este trabalho em como objetivo melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com HAS e/ou DM da PSF de Nova Lavras.

### 3 OBJETIVOS

#### **Objetivo geral:**

Melhorar o controle dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial na equipe do Programa de Saúde da Família de Nova Lavras no Município de Lavras.

#### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar a população hipertensa quanto à situação socioeconômica e demográfica, estilo de vida, história de doença cardiovascular na família, doenças pré-existentes, obesidade, utilização dos serviços de saúde e controle da pressão arterial.
- Modificar, atenuar, diminuir e ou eliminar os fatores de risco associados a Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Promover e fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis nos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Encaminhar a população alvo à consulta de controle de doenças crônicas.
- Reduzir a morbimortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Público-alvo**

A avaliação será feita através do monitoramento da pressão arterial dos pacientes hipertensos antes e depois da intervenção para avaliar se surtiu efeito.

Agendamento a cada quatro meses em consulta de seguimento com exames de rotina para um melhor controle da pressão arterial para aqueles que sofrem HAS e a cada seis meses para aqueles que têm riscos de HAS. (O Monitoramento será feito pelo controle de sintomas (cefaleia), alterações da visão, zumbido de ouvido), além do controle frequente da PA, exames laboratoriais a cada 3 meses (Hemograma Completo, Colesterol total e frações, Transaminase glutâmica oxalacética, glicose, Eletrocardiograma, Urina tipo I).

### **4.2 Desenho da operação**

A intervenção envolve todos os pacientes cadastrados na unidade básica de saúde de Nova Lavras portadores de HAS.

1. Identificar entre as pessoas cadastradas na unidade básica de saúde os usuários maiores de 18 anos portadores de HAS, que decidiram participar, voluntariamente, pertencentes à comunidade .
2. Realizar consulta médica agendada com os pacientes com diagnóstico de hipertensão, onde será realizada uma entrevista de modo aprofundado para coletar informações relacionadas a doença com os pacientes.

O instrumento de registro utilizado na entrevista será o prontuário do paciente e neste haverá dados, como: hábito alimentar, prática de atividade física, uso de medicamentos, prevenção das complicações e serão mensurados a pressão arterial, circunferência abdominal, peso e estatura para cálculo do índice de massa Corpórea.

3. Selecionar, após a coleta de dados, os pacientes com hipertensão com dificuldades na informação e adesão de atitudes ao autocuidado no seu cotidiano.

4. Agendar reunião com os usuários para formar dois grupos e expor detalhes do projeto de intervenção, como os temas que devem ser abordados nas atividades de educação em saúde, o tipo de metodologia a ser utilizada, melhor horário e tempo de duração dos encontros.

Nos encontros será utilizado o modelo de grupo fechado que tem como característica a delimitação dos participantes, onde o grupo começa e termina com os mesmos participantes, tendo como vantagens a formação do vínculo de confiança intensificando a troca de experiências e todos têm acesso às informações simultaneamente onde cada encontro vai gerar novas experiências.

#### 4.3 Parcerias Estabelecidas

Este trabalho será desenvolvido pelos integrantes da equipe de saúde da família da unidade de Nova Lavras.

#### 4.4 Recursos Necessários

Materiais: prontuários dos usuários; ficha para a avaliação dos usuários; cartolinas; canetas; cartilhas educativas, esfignomanômetro e estetoscópio, computador.

#### 4.5 Orçamento

Itens de custeio	Quantidade	Valor Unitário(R\$)	Valor total(R\$)
Material de consumo			
Resma de papel A4	02	15,00	30,00
Caixa de canetas do tipo piloto	01 X 12	26,00	26,00
Caixa de caneta esferográfica	02 X25	27,00	54,00
Cartucho HP 60 preto	02	45,00	90,00
Impressora Multifuncional	01	299.00	299.00
<b>TOTAL</b>			<b>499.00</b>
Material permanente			
PC. Intel core 3	01	1.400	1.400
Esfignomanômetro	01	44.00	44.00
Estetoscópio Adulto	01	16.00	16.00
<b>TOTAL</b>			<b>1.460.00</b>

Serviços de terceiros/pessoa jurídica			
Reprografia (cartilhas)	100	5,00	500,00
Reprografia (fichas de avaliação)	100	0,10	10,00
Combustível (gasolina comum)	50	2,90	145,00
TOTAL			655,00
TOTAL GERAL			3049,00

#### 4.6 Resultados esperados

Com a intervenção deste projeto espera-se o conhecimento dos pacientes dos fatores de risco, que levaria a um melhor controle das cifras de pressão Arterial e uma melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente da doença com menores incidências e prevalências das complicações. Os pacientes aderentes ao tratamento não farmacológico e com tratamento farmacológico seriam reavaliados para adequação da dosagem do fármaco indicado.

#### 4.7 Avaliação

Verificar se o projeto de intervenção é viável de desenvolver-se na atenção primária de saúde, pois a Hipertensão Arterial se constitui como um importante problema de saúde na unidade básica de saúde da família de Nova Lavras. Os aspectos comportamentais e sociais são fatores que se relacionam com o incremento da morbimortalidade dos pacientes hipertensos, sendo de muita importância o acompanhamento realizado na atenção básica pela equipe de saúde da família para melhorar esses indicadores. Os custos das intervenções serão baixos, por se tratar de ações de educação em saúde. A equipe encontra-se preparada para trabalhar no projeto e os gestores da saúde do município estão sensibilizados no sentido de apoiar e garantir os recursos necessários para o desenvolvimento das intervenções na unidade de saúde

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

As Doenças Crônicas não Transmissíveis, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são atualmente responsáveis pela maioria das mortes e incapacidades em muitos países (MANTON, 1998) e no Brasil (CHOR; FONSECA; ANDRADE, 1995), afetando pessoas de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Estas incapacidades que incluem doenças cardiovasculares, respiratórias doenças mentais, considerando-se multifatorial e frequentemente associadas à hipertensão arterial, práticas alimentares inadequadas, não realização de exercícios físicos e ao tabagismo (OPAS, 2003).

No atendimento aos portadores de hipertensão se requer uma abordagem integral e longitudinal do cuidado, pois são muitos os fatores relacionados ao desenvolvimento da doença que incluem as determinantes sociais e comportamentais. Na Atenção Básica o acompanhamento pela equipe deve ser multidisciplinar e sistêmico tendo em conta as necessidades individuais de cada paciente, sendo importante garantir o acesso aos diferentes níveis de atenção do SUS, isso tem um papel primordial no controle dos níveis pressão arterial e na redução de intercorrências (BRASIL, 2013).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2009) aponta que a prática da educação em hipertensão deve ser multidisciplinar integrando atendimento clínico, promoção de saúde, e aconselhamento onde a capacitação dos profissionais é muito importante para o desenvolvimento das ações educativas.

Smeltzer e Bare (2002) referem que as atividades de promoção em saúde ajudam as pessoas a manterem-se saudáveis e livre de sintomas; estimulando a modificar hábitos pessoais e do estilo de vida de modo que reduzam riscos, também apontam que nos pacientes com hipertensão as modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o pressão arterial e redução das doenças cardiovasculares (SMELTZER, 2002).

A adesão ao tratamento implica uma atitude ativa com envolvimento voluntário e colaborativo do paciente e do profissional de saúde em um processo conjunto, que visa à mudança de comportamento do usuário, desse modo o paciente cumpre o tratamento ou o protocolo terapêutico tendo por base um acordo conjunto de sua participação e com consciência da importância das ações prescritas (REACH, 2003).

Faria destaca que no processo de adesão, os pacientes devem ter autonomia para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se partícipes ativos. Nessa perspectiva, o profissional da saúde deve estar atento para verificar o grau de compreensão que o paciente teve das recomendações feitas, ele deve ser capaz de detectar possíveis distorções do que foi recomendado também deve existir um diálogo entre o profissional e o paciente, além de um espaço para que o paciente coloque suas dúvidas (FARIA, 2009).

Segundo Ferreira e Ferreira (2009) é importante o conhecimento do nível de escolaridade dos usuários pelos profissionais de saúde na construção do planejamento das atividades de educação em saúde, que devem ser feitas com uma linguagem adequada facilitando o entendimento sobre a importância da mudança nos estilos de vida (FERREIRA, 2009).

Gimenes, Zanetti e Haas relatam que os pacientes com informações acerca da doença, do medicamento prescrito e do acompanhamento contínuo pela equipe de saúde da família têm maior adesão ao autocuidado com o controle pressão arterial e menor risco para o desenvolvimento de complicações (GIMENES, 2009).

A prevenção do HAS e de suas complicações é hoje prioridade para o Ministério da Saúde, onde o cuidado integral ao paciente com hipertensão e sua família é um desafio para a equipe, assegurando o vínculo paciente-equipe de saúde e planejando atividades de educação para promover a adesão ao autocuidado e estimulando o paciente a mudar seu modo de viver para ele aprender a cuidar-se e viver com hipertensão (BRASIL, 2013).

O autocuidado não é responsabilidade só do indivíduo ou sua família, é também do profissional e das instituições de saúde, assim, é centrado na pessoa, no diálogo, e propõe a construção conjunta de um plano de cuidados que se pode desenvolver de várias formas: individualmente, em grupos, consultas coletivas e à distância sustentadas por três pilares ou grupos de problemas que se entrelaçam entre si. São eles problemas de manejo clínico, mudanças necessárias de estilo de vida e problemas emocionais (BRASIL, 2014). Auto cuidar-se representa um papel fundamental no controle da enfermidade por ser uma prática que estimula os usuários a participar de todos os processos de sua doença, delegando autoridade e

responsabilidade nele para seu próprio benefício, desenvolvendo autonomia no paciente (GRILLO, 2013).



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Evidenciar quais as faixas etárias mais a afetada com hipertensão em nossa área de abrangência. Que a população conheça a importância da eliminação dos fatores de risco para combater a hipertensão e seu melhor controle nas pessoas com esta doença. Que a população leve uma vida saudável para prevenção e tratamento da hipertensão com uma alimentação rica em frutas e verduras, baixa em sal e reconhecer o benefício da atividade física no controle da pressão arterial.

Aumento do conhecimento das pessoas que participem da intervenção educacional sobre fatos em relação aos fatores de risco da hipertensão, dieta saudável, atividade física, tratamento e complicações da doença. Alcançar 90% do controle da hipertensão nos pacientes cadastrados da equipe de saúde, trazendo com isto a não aparição das complicações.

Evidenciar a utilidade das intervenções educativas, a fim de aumentar o conhecimento na população.

## 7 REFERENCIAS

BEILIN, L.J.; PUDDEY, I.B.; BURKE, V. Lifestyle and hypertension. **Am. j. hypertens.** New York, v.12, n.9, p.934-940, 1999. Acesso em novembro de 2015. Disponível em: <http://ajh.oxfordjournals.org/content/12/9/934.full.pdf>

BRASIL. Ministério de saúde. Sistema de informação de Atenção Básica-cadastramento familiar. Brasília. DF. 2013. Disponível em. <http://datasus.saude.gov.br/> Acesso em: 12 nov. 2015

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertens.** Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.5154, jan./mar. 2006. Acesso em dezembro de 2015. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/12-recomendacoes-praticas.pdf>

COSTA, Firmino (1911). "História de Lavras". *Revista do Arquivo Público Mineiro* 16(1): 125-160. Belo Horizonte: Imprensa Oficial de Minas Gerais. Visitado em 15 ago. 2015.

DATASUS. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: mortalidade – Paraná. Disponível em:<http://datasus.saude.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtp.def>. Acesso em: 12 novembro. 2015

DATASUS.Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Disponível em. <http://datasus.saude.gov.br/> Acesso em: 12 novembro. 2015

Divisão Territorial do Brasil». *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 1 de julho de 2014. Consultado em 28 ago. 2015.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/CNV/CPNIMG.def>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade – 2013. Disponível em <http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticia>. Acesso em: 13 de maio de 2015.

IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais, Suplemento de Inclusão Produtiva – 2014

JARDIM, P.C.B.V. et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. **Arq. bras. Cardiol.**, São Paulo, v.88, n.4, p.452-457, abr. 2007. Acesso em dezembro de 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n4/en\\_aop10910.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n4/en_aop10910.pdf)

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um novo desafio. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, jun. 2004 Acesso em: novembro de 2015 Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101987000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005)

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MEIRELES, A. L. et al. **Atenção à saúde do adulto- Conteúdo técnico da linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**.3.ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2013. p. 21-97.

[Produto Interno Bruto a preços correntes \(Mil Reais\)](#)».IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA =29 jan. 2014.

[Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil](#)» (PDF). *Atlas do Desenvolvimento Humano*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 2010. Consultado em 30 de julho de 2010.

SANCHEZ, C.G.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.1, p.90-98, jan./mar. 2004. Acesso em outubro de 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342004000100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342004000100011&lng=en)

SCHRAMM, J.M.A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, out./dez. 2004. Acesso em novembro de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v.89, n.3, p.e24-e79, set. 2007. Acesso em dezembro de 2015. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewfile/179/187>