

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAFAEL MELO STARLING TAVARES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DISLIPIDEMIA COMO
FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES
CARDIOVASCULARES - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE ESMERALDAS - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2019

RAFAEL MELO STARLING TAVARES

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DISLIPIDEMIA COMO FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE ESMERALDAS - MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2019

RAFAEL MELO STARLING TAVARES

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DISLIPIDEMIA COMO FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE ESMERALDAS - MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - Orientadora - UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 25/01/2019.

RESUMO

A hipertensão arterial se constitui como um sério problema de saúde pública, e pode estar relacionada a vários fatores de risco metabolicamente associados, os quais poderão determinar futuras complicações cardiovasculares. A dislipidemia e a hipertensão arterial sistêmica são apontadas como doenças multifatoriais e prevalentes na população. Para tanto, o presente estudo tem por objetivo elaborar um plano de intervenção com a finalidade de promover o empoderamento dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde Paraguai, localizada no município de Esmeraldas - MG, com o objetivo de reduzir as morbidades relacionadas às dislipidemias e à hipertensão arterial. O estudo foi realizado através da revisão de literatura e do plano de ação, seguindo-se o método de planejamento estratégico situacional, descrito no módulo de planejamento. Após analisar os problemas da população adscrita foi selecionado o “problema” mais prioritário que foi o “expressivo número de pacientes portadores de hipertensão arterial e de Dislipidemia”, identificando os “nós críticos” para em seguida, elaborar o plano de intervenção. Para alcançar as metas é imprescindível implementar hábitos de vida saudáveis, praticar exercícios físicos regularmente e envolver a família quanto ao comprometimento com as mudanças de hábitos diários e conhecimento sobre os riscos da hipertensão arterial e da dislipidemia. O incentivo a essas metas surge a partir da implementação do projeto de intervenção e na construção de informações e/ou saberes com a finalidade de auxiliar a população adscrita da Unidade Básica de Saúde Paraguai a melhorar seus conhecimentos acerca da hipertensão arterial e da dislipidemia, através da mudança nos hábitos de vida, aumentando a percepção sobre o risco e a participação no tratamento com plena adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso).

Palavras-chave: Dislipidemia. Doenças Cardiovasculares. Fatores de Risco. Hipertensão.

ABSTRACT

Hypertension constitutes a serious public health problem, and may be related to several metabolically associated risk factors, which may determine future cardiovascular complications. Dyslipidemia and systemic arterial hypertension are indicated as multifactorial diseases and prevalent in the population. In order to do so, the objective of this study is to elaborate an intervention plan with the purpose of promoting the empowerment of users served at the Paraguayan Basic Health Unit, located in the city of Esmeraldas - MG, aiming to reduce the morbidities related to dyslipidemias and hypertension. The study was carried out through a review of the literature and the action plan, followed by the situational strategic planning method described in the planning module. After analyzing the problems of the assigned population, the most important "problem" was selected, which was the "expressive number of patients with arterial hypertension and dyslipidemia", identifying the "critical nodes" and then elaborating the intervention plan. To achieve the goals it is essential to implement healthy habits, practice physical exercises regularly and involve the family in the commitment to changes in daily habits and knowledge about the risks of hypertension and dyslipidemia. The incentive to these goals arises from the implementation of the intervention project and the construction of information and / or knowledge with the purpose of helping the population attached to the Basic Health Unit Paraguay to improve their knowledge about arterial hypertension and dyslipidemia, through of change in lifestyle, increasing the perception about risk and participation in treatment with full adherence to treatment (drug and non-drug).

Keywords: Dyslipidemia. Cardiovascular diseases. Risk factors. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CT	Colesterol Total
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAB	Hipertensão Arterial do Avental Branco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HM	Hipertensão Arterial Mascarada
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade Insuficiência Cardíaca
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPA	Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Monitoração Residencial da Pressão Arterial
NASF	Índice de Desenvolvimento Humano
NHLBI	<i>National Heart Lung and Blood Institute</i>
OMS	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library OnLine</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TG	Triglicérides
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização do município de Esmeraldas/MG.....	9
Figura 2 - Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial.....	18
Tabela 1 - Perfil epidemiológico da população adscrita à UBS Paraguai, município de Esmeraldas.....	12
Tabela 2 – Classificação da PA de acordo com a medição no consultório.....	18
Tabela 3 – Valores de referência para avaliação do perfil lipídico de acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, da Sociedade Brasileira de Cardiologia.....	20
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Paraguai, no município de Esmeraldas/MG.....	13
Quadro 2 – Operações para o “nó crítico” 1 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia” na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.....	25
Quadro 3 – Operações para o “nó crítico” 2 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.....	26
Quadro 4 – Operações para o “nó crítico” 3 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.....	27
Quadro 5 – Operações para o “nó crítico” 4 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.....	28
Quadro 6 – Operações para o “nó crítico” 5 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.....	29

SUMÁRIO

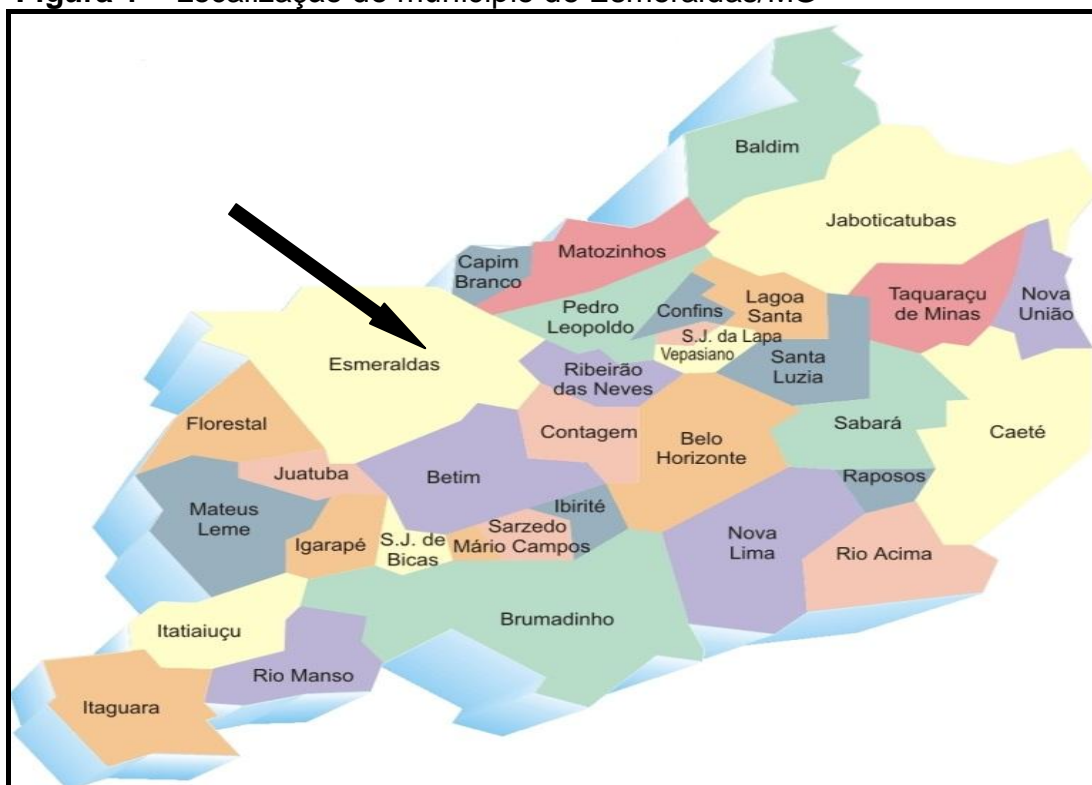
1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 O município de Esmeraldas.....	9
1.2 O sistema municipal de saúde.....	10
1.3 UBS Paraguai: equipe de Saúde da Família, área de abrangência e população adscrita.....	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	12
1.5 Priorização dos problemas.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
5.2 Dislipedemia.....	19
5.3 Intervenções educativas.....	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1 Descrição do problema selecionado.....	23
6.2 Explicação do problema selecionado.....	24
6.3 Seleção dos nós críticos.....	24
6.4 Desenho das operações.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 O município de Esmeraldas

Esmeraldas é o maior município do Estado de Minas Gerais e foi emancipado em 1901 (IBGE, 2016) e situa-se na região Metropolitana de Belo Horizonte/BH (Figura 1).

Figura 1 – Localização do município de Esmeraldas/MG



Fonte: <http://www.capimbranco.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/localizacao/6486>

A história de Esmeraldas começa como um grande sonho de descobrir pedras preciosas; e no início a cidade se chamava Santa Quitéria. Era uma cidade de clima agradável e dispunha de uma admirável paisagem que favoreceu o surgimento das primeiras residências (IBGE, 2016).

Aos poucos o município foi sendo povoado o que se transformou em um centro de vida civil; religiosa e econômica. Devido à ocorrência de mudanças territoriais em 1943 o município passou a ser denominado Esmeraldas, foi instituído em 1901, no dia 16 do mês de setembro (IBGE, 2016).

O município tem uma área de unidade territorial de 909.679 km², a população estimada para 2018 é de 70.200 habitantes e tem uma densidade demográfica de 66,20 hab./Km². Esmeraldas conta hoje com 45 (quarenta e cinco) bairros (IBGE, 2017). 89,3% da população ocupa a área urbana e 10,7% a rural. A pirâmide do município apresenta expansão, com predomínio da população relativamente jovem, com ligeiro predomínio do sexo masculino, representando 50,22%, e a população feminina, 49,77%, com diferença pequena de 0,45% (DATASUS, 2014).

A economia tem como sua principal fonte a extração de minerais seguido da agricultura, com plantação de verduras e vegetais. Esmeraldas também é um município com significativa importância no setor industrial, como as confecções de doces e de laticínios (IBGE, 2016).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Esmeraldas é composto pela atenção básica, secundária e terciária. Na atenção básica as unidades de saúde se responsabilizam por uma área adscrita onde as equipes de saúde da família operam. Estas equipes comumente são compostas por um médico clínico, uma enfermeira, um ou dois técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

O município de Esmeraldas apresenta atualmente, 16 (dezesesseis) equipes de saúde da família, e essas equipes estão distribuídas em: 28 (vinte e oito) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e possui também uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nas propostas das ações de serviço de atenção básica incidem: como devem proceder as ações, a quem se dirigir, sobre quem incidir e como se organizar, essas premissas são muito mais que mera assistência e prevenção. Esses conceitos eram defendidos pela Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), os atendimentos individual e curativo são identificados como um tipo de prática assistencial de cunho médico, e as iniciativas de caráter coletivo e preventiva caracterizam uma prática realizada pela saúde pública.

Na atenção terciária o município conta com um Hospital Geral, cujo nome é 25 de Maio, que é responsável pelos atendimentos de urgência, pediatria e obstetrícia, atendimento em algumas especialidades com fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos.

Em situações que houver necessidade de realizar algum exame de alta complexidade, esse deve ser feito em outro município, sendo que a maioria das pessoas é encaminhada para o Hospital Regional de Betim e Belo Horizonte.

Em se tratando de modelo de atenção, a atenção à saúde é a estratégia que o sistema utiliza em conformidade com a demanda da população. Este modelo utiliza políticas, programas e serviços de saúde que são estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) preconiza a ESF como estratégia de prevenção, promoção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2012).

1.3 UBS Paraguai: equipe de Saúde da Família, área de abrangência e população adscrita

A UBS Paraguai dispõe de uma equipe de saúde que conhece de modo satisfatório a população adscrita tendo em vista que a maioria dos funcionários são moradores da região, o que contribui de forma positiva para a criação de vínculo com a população.

A organização do acesso da população à unidade se dá de forma bastante tranquila; é uma população razoavelmente pequena, mas com alto índice de utilização do serviço. Quanto ao cadastro, a unidade de saúde conta com 750 famílias cadastradas e um total de 2.657 habitantes.

A UBS Paraguai está situada na rua paralela à rua principal do bairro. Esta unidade foi inaugurada em 2016, no dia 16 do mês de abril, e possui uma equipe de saúde da família. Os profissionais que compõe esta equipe são: um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Todos profissionais têm uma carga de trabalho de 40 horas com exceção do médico que realiza uma carga horária de 32 horas sendo as oito horas para realização de atividades do Programa Mais Médicos.

As atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde são: atendimento da demanda espontânea que ocupa toda a parte da manhã, atendimento de demanda programada como pré-natal/planejamento familiar, puericultura, grupos operativos, atividades de promoção à saúde, preventivos e visitas domiciliares.

Dentro das ações de prevenção e promoção está o controle e rastreamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e dislipidemia como

prioridades da atenção básica, que foi uma das dificuldades identificadas no atendimento da população.

A tabela abaixo apresenta o perfil epidemiológico da população adscrita por microáreas, em relação ao quantitativo de pacientes com HAS e Dislipidemia:

Tabela 1. Perfil epidemiológico da população adscrita à UBS Paraguai, município de Esmeraldas

Morbidade	Microáreas						Total	%
	1	2	3	4	5	6		
HAS	53	65	49	57	68	47	405	15,24
Dislipidemia	24	15	21	8	17	13	58	2,18

Fonte E-SUS, 2018.

Considerando que são 2657 habitantes, 405 (15,24%) são hipertensos e 58 (2,18%) apresentam dislipidemia.

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

Ao proceder ao Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UBS Paraguai, no município de Esmeraldas - MG, identificou-se a existência de um significativo número de problemas passíveis de intervenção pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dentre esses problemas, destaca-se um expressivo número de pacientes portadores de HAS, de Dislipidemia e alta prevalência de Diabetes Mellitus.

Além desse quantitativo, deparou-se com uma precária assistência à população, no que concerne ao acompanhamento eficaz e prioritário, visto serem essas duas condições, um grande fator de risco para as complicações, com agudização da doença, levando o paciente à incapacidade, complicações cardiovasculares e ao óbito.

1.5 Priorização dos problemas

Com a finalidade de elaborar um plano de intervenção, procedeu-se à priorização dos problemas, considerando a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Paraguai, no município de Esmeraldas/MG

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/Priorização
Alta prevalência e incidência de HAS	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de Dislipidemias	Alta	7	Parcial	1

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Desta forma, foram considerados como problemas prioritários: alta prevalência e incidência de HAS e alta prevalência de Dislipidemias.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é apontada como um sério problema de saúde pública em âmbito mundial e pode estar relacionada a vários fatores de risco que, metabolicamente estão associados e que podem futuramente causar complicações cardiovasculares (HERDY *et al.*, 2014). Geralmente, os pacientes diagnosticados com hipertensão, apresentam frequência cardíaca e níveis de colesterol elevados, obesidade, hipertrigliceridemia e Diabetes Mellitus (DM).

Segundo Almeida *et al.*, (2015), 13% de homens e 20% de mulheres apresentam HAS isolada; uma pesquisa realizada utilizando o Escore de Framingham, revelou que indivíduos que apresentam HAS, os eventos cardiovasculares advieram mais frequentemente quando são identificados pelo menos dois fatores de risco associado.

A dislipidemia e a HAS são apontadas como doenças multifatoriais e prevalentes na população. Evidências despontam sobre a relação entre o perfil lipídico e da HAS, como é identificado na síndrome metabólica. Associa-se à síndrome metabólica a presença de pressão alta, a gordura abdominal, hipertrigliceridemia, HDL-C baixo e glicemia de jejum alterada. Essas condições caracterizam em um risco elevado para o acometimento de DM e doença cardiovascular (DCV) (MARTE; SANTOS, 2007).

A HAS é uma doença que não exige tecnologias sofisticadas, o tratamento e o controle podem ser realizados com medicamentos de custo baixo com efeitos colaterais mínimos, e de aplicabilidade fácil nas UBS. Nesse sentido, a relevância deste trabalho se legitima por destacar fatores que possam contribuir positivamente para o controle da HAS e dos níveis de colesterol dos pacientes da UBS do Paraguai. Visa-se ainda estimular parte desta população para os hábitos de vida saudáveis.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para promover o empoderamento dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde Paraguai do município de Esmeraldas com a finalidade de reduzir as morbidades relacionadas às dislipidemias e a hipertensão arterial sistêmica.

3.2 Objetivos Específicos

Propor ações para o controle da HAS e do colesterol da população adscrita à UBS Paraguai;

Implementar estratégias para aumentar a aderência da população adscrita por meio de mudanças nos hábitos de vida.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento de dados do município de Esmeraldas/MG e informações e da UBS Paraguai.

Para elaborar o plano de intervenção, desenvolveu-se uma revisão bibliográfica, onde foi feito um levantamento literário com o desígnio de obter embasamento científico sobre o tema pesquisado. Este levantamento foi realizado por meio da busca de artigos encontrados nas bases de dados: *Scientific Electronic Library OnLine* (SciELO) e o Google Acadêmico. Utilizaram-se os seguintes descritores para o levantamento de informações acerca do tema: Dislipidemia, Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco e Hipertensão.

Fez-se um levantamento bibliográfico sobre os temas dislipidemia e HAS, utilizando-se as Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Arquivos Brasileiros de Cardiologia) e documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) e do governo de Minas Gerais.

Por meio do diagnóstico situacional da UBS Paraguai foram identificadas situações/problemas passíveis de intervenção e priorizados os problemas, definindo-se o expressivo número de pacientes portadores de HA e Dislipidemia como prioritários para a intervenção. A partir daí, identificaram-se os “nós críticos” para em seguida, ser desenvolvido o plano de intervenção de acordo com Faria, Campos e Santos (2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é apontada como um problema de saúde pública. É uma doença não transmissível de causas multifatoriais e relacionada a alterações funcionais, metabólicas e estruturais (SILVA *et al.*, 2016). Na população brasileira, 25% apresenta essa doença; a estimativa para 2025 é que aumente o número de acometidos pela HAS em 60% com prevalência de 40% (OLIVEIRA *et al.*, 2017; RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou uma estimativa que as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) se responsabilizam por 58,5% dos óbitos ocorridos no mundo e 45,9% do total de doenças (SILVA *et al.*, 2016). O *National Heart Lung and Blood Institute* (NHLBI) cita que os fatores de risco principais para a HAS são: idade, raça, sobrepeso, obesidade, sexo, vida sedentária, consumo abusivo de álcool e de sal, tabagismo; e outros fatores de risco que também estão relacionados a Pressão Arterial (PA) elevada, como: a predisposição genética e o estresse (SILVA *et al.*, 2016).

A HAS é um dos fatores de risco principais para as doenças cardiovasculares (DCV) que, na última década foi reconhecida como uma das causas principais de morte em âmbito mundial, e responsáveis por cerca de 30% do total de mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016; PIMENTA; CALDEIRA, 2014). Um estudo de revisão da literatura integrada envolveu publicações de 35 (trinta e cinco) países, e identificou uma prevalência mundial de HAS de 37,8% para os homens e 32,1% para as mulheres (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

O cuidado e o controle da HAS, em praticamente todos os países do globo, trazem implicações relevantes e a implantação de estratégias inovadoras e abordagens capazes de identificar precisamente os indivíduos que apresentam condições de risco mais elevado, ofertando condições que possam beneficiar não apenas o indivíduo com HAS, mas para toda a sociedade. Mesmo sendo uma doença crônica, o controle da HA requer monitoramento e cuidados por toda a vida, envolvendo medidas medicamentosas e não medicamentosas (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

O iminente risco decorrente da pressão arterial (PA) elevada é aumentado com o avançar da idade, e cada elevação de 2 mmHg está relacionada ao acréscimo de 7% no risco de morte por Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) e 10% por Acidente Vascular Encefálico (AVE). A aferição da PA no consultório deve ser realizada pelo método automático ou auscultatório, considerando-se: a Pressão Arterial Sistólica (PAS) \geq 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) \geq 90 mmHg elevadas, em pelo menos dois momentos (HERDY *et al.*, 2014).

O diagnóstico de HAS tem como base o exame médico de dois ou mais valores de PA elevada em pelo menos duas situações. A classificação da PA conforme as medidas do consultório, em pacientes com idade acima dos 18 anos, constam na Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação da PA de acordo com a medição no consultório.

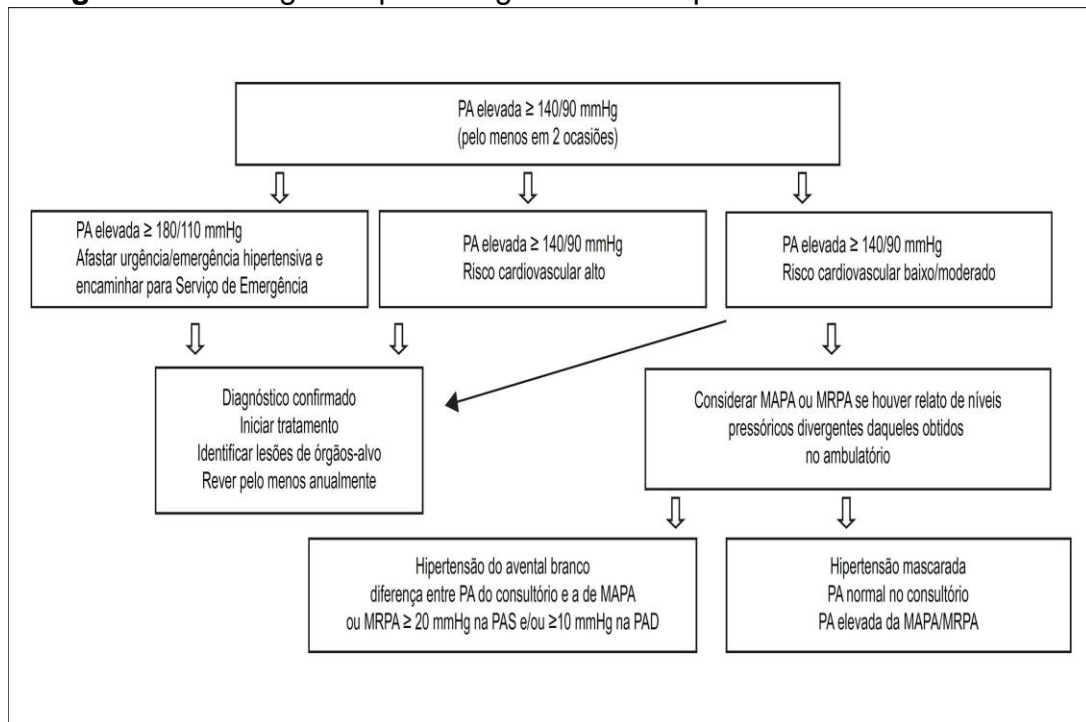
Classificação de PA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	\leq 120	\leq 80
Pré-hipertensão	120-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	\geq 180	\geq 100

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016.

* PA = Pressão Arterial; PAS = Pressão Arterial Sistólica; PAD = Pressão Arterial Diastólica; mmHg = milímetro de mercúrio.

* Quando a PA e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS \geq 140 mmHg e PAD $<$ 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

O uso da Monitoração Ambulatorial da PA por 24 horas (MAPA) ou da Monitoração Residencial da PA (MRPA) auxilia no diagnóstico da Hipertensão Arterial do Avental Branco (HAB) e da Hipertensão Arterial Mascarada (HM). A HAB relaciona-se à diferença identificada entre a PA aferida no consultório (elevada) e na MAPA ou MRPA (OLIVEIRA *et al.*, 2017), conforme a Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Em casos de suspeita de HAB ou de HM, a realização de MAPA passa a ser uma obrigatoriedade, podendo ser substituída pela MRPA em situações onde não tiver a MAPA (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Com a MAPA é possível constatar as alterações circadianas da PA, principalmente se estiver relacionado ao período do sono. Os valores considerados elevados da PA na MAPA são: PA nas 24 horas $\geq 130/80$ mmHg, alternando entre os momentos de vigília $\geq 135/85$ mmHg e sono $\geq 120/70$ mmHg. Para a MRPA, considera-se elevada a PA $\geq 135/85$ mmHg (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

5.2 Dislipidemia

As dislipidemias são causadas quando ocorrem adulterações do metabolismo, em resposta às alterações que acontecem nas etapas do metabolismo lipídico (FARIA NETO *et al.*, 2016); devido a essas alterações, o perfil lipídico sérico altera e causa um aumento do Colesterol Total (CT), do Triglicerídeos (TG), do Colesterol da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-c) (GONDIM *et al.*, 2017; MAGALHÃES, 2017).

A análise epidemiológica do perfil lipídico é um importante instrumento para a promoção de políticas de saúde que objetivam prevenir e diminuir fatores de risco cardiovascular (GARCEZ *et al.*, 2014).

De acordo com Faludi *et al.* (2017, p.123), as dislipidemias são classificadas em conformidade com a fração lipídica alterada em:

- a) Hipercolesterolemia isolada: aumento isolado do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL).
- b) Hipertrigliceridemia isolada: aumento isolado das triglicérides (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum).
- c) Hiperlipidemia mista: aumento do LDL-c (LDL-c \geq 160 mg/dL) e dos TG (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum). Se TG \geq 400 mg/dL, o cálculo do LDL-c pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se considerar a hiperlipidemia mista quando o não HDL-c \geq 190 mg/dL.
- d) HDL-c baixo: redução do HDL-c (homens $<$ 40 mg/dL e mulheres $<$ 50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG.

Os valores de referência para o perfil lipídico estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Valores de referência para avaliação do perfil lipídico de acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Lipídeo	Valores (mg/dL)	Classificação
Colesterol Total (CT)	$<$ 200	Desejável
	200-239	Limítrofe
	\geq 400	Alto
LDL-C	$<$ 100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	\geq 190	Muito alto
HDL-C	$>$ 60	Desejável
	$<$ 40	Baixo
Triglicerídeos (TG)	$<$ 150	Desejável
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	\geq 00	Muito Alto
Colesterol não-HDL	$<$ 130	Ótimo
	130-159	Desejável
	160-189	Alto
	\geq 190	Muito Alto

Fonte: Gondim *et al.* (2017).

Acrescentam Garcez *et al.* (2014) que a elevação do número dessas alterações apresenta correlação positiva com a evolução da aterosclerose, doença inflamatória crônica que está fortemente relacionada ao aumento da concentração sérica de CT, sendo causadora do espessamento da parede da camada média e íntima das artérias e pela elasticidade arterial reduzida.

5.3 Intervenções educativas

Intervenções educativas, incluindo discussões e orientação são importantes para se estimular o desenvolvimento da autonomia da pessoa, principalmente em situação de agravos à saúde, na adoção hábitos de vida mais saudáveis (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

No intuito de alcançar melhores resultados na busca do controle e prevenção da HAS e dislipidemia, faz-se necessário reformular o processo de trabalho em vigência, destacando o planejamento local. Para tanto, é fundamental conhecer o território, os fatores determinantes ou condicionantes dos agravos, da epidemiologia, o tipo de sistema informacional e a gestão estratégica da promoção de saúde, enfatizando a promoção de saúde, principalmente, a prevenção e o controle de doenças crônicas, que no caso em questão, seriam a HAS e a dislipidemia.

Neste sentido, Tavares *et al.* (2016, p.10s) enfatizam que “entre as estratégias para melhorar a adesão, estão a educação do paciente, melhores esquemas de tratamento e melhor comunicação entre médicos e outros profissionais da saúde e pacientes”.

Torna-se relevante ter um processo de trabalho organizado, baseado na eficiência, eficácia, integralidade, equidade e a participação da comunidade e atendimento humanizado. A educação em saúde pode ser um instrumento para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, medicamentoso e/ou não medicamentoso, “evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde” (OLIVEIRA *et al.*, 2013, p.183).

Como parte prioritária da ação educativa tem-se o estímulo a mudança no estilo de vida, onde se incluem: adequação nos hábitos alimentares, manutenção do peso e um perfil lipídico desejável, estímulo a uma vida mais ativa e prática regular

de exercícios físicos, diminuição da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e diminuir o estresse.

Para alcançar essas práticas, é imprescindível a participação ativa da família, no incentivo ao uso correto de medicamentos e estilo de vida saudável, visando reduzir a falta de adesão ao tratamento.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para realizar a proposta de intervenção foi aplicado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) com o objetivo de desenvolver uma intervenção para promover o empoderamento dos usuários atendidos na UBS Paraguai, localizado no município de Esmeraldas/MG, visando reduzir as morbidades relacionadas a dislipidemias e HAS, no período de setembro a dezembro de 2018.

Nesse pretexto, foi realizado um planejamento para elaborar um plano de intervenção. Entende-se por planejamento, segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.18) como sendo: “pensar antes e durante a ação”. O plano de ação contempla as operações para o enfrentamento das causas que caracterizam os “nós críticos”; identificação dos resultados e produtos de cada operação delineada e identificação os recursos que serão imprescindíveis para a implementação das operações.

Ao descrever o problema selecionado foram estipulados alguns passos para desenvolver o plano de ação, utilizando-se de métodos descritos existentes no módulo Planejamento e Avaliação das ações de saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017).

Foi desenvolvido um diagnóstico situacional para identificar os problemas existentes na área de abrangência da UBS Paraguai, com isso, foi possível nortear/planejar o projeto de ações. Para tanto, fez-se uma estimativa rápida para conhecer o diagnóstico de saúde do território em estudo, de modo a obter mais informações sobre os problemas no entorno e os recursos potenciais existentes. Conhecer a população é parte central nesse processo, para melhor identificação das reais necessidades da mesma.

6.1 Descrição do problema selecionado

Para a descrição do problema foram utilizadas as informações levantadas pela equipe da USB Paraguai, que foi a elevada prevalência e incidência de HAS, de dislipidemia e DM. Nesse local, identifica-se um expressivo número de pacientes portadores de HAS, Dislipidemia e Diabetes Mellitus. Além desses fatores de risco, existe uma assistência precária, o que contribui com que o acompanhamento desses pacientes não seja eficaz e prioritário, tendo em vista que as citadas comorbidades

são importantes fatores de risco para complicações, como a agudização da doença, podendo levar o paciente à incapacidade, complicações cardiovasculares e ao óbito.

6.2 Explicação do problema selecionado

A HAS e a dislipidemia são doenças crônico-degenerativas que, caso não sejam devidamente controladas, evoluem com alta probabilidade de se produzir complicações cardiovasculares e consequentes repercussões na qualidade de vida e instalações de condições que colocam em risco de vida.

Tanto a HAS quanto a dislipidemia são condições patológicas passíveis de intervenção e modificação, na dependência de um acompanhamento eficaz e disponibilização de meios e condições de acesso ao serviço de saúde, às medicações e aos cuidados especializados com equipe multidisciplinar e multiprofissional capacitada, que possibilite a educação em saúde e os cuidados individuais e coletivos visando o controle da doença. As principais causas estão relacionadas aos “nós críticos” apresentados a seguir.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

No intuito de alcançar a resolução do problema, foram identificados “nós críticos”, que são apontados como pontos centrais para se realizar a intervenção e a mudança do panorama da UBS Paraguai.

Os “nós críticos” compreendem:

- Falta de informação sobre a HAS e da dislipidemia;
- Baixa percepção acerca dos riscos da HA e dislipidemia;
- Má adesão ao tratamento medicamentoso;
- Inadequação dos hábitos de vida e comorbidades associadas;
- Despreparo da equipe para o enfrentamento do problema devido falta de medicação e suporte financeiro para promover ações.

6.4 Desenho das operações

Quadro 2 – Operações para o “nó crítico” 1 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia” na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.

Nó crítico 1	Falta de informação sobre a HAS e dislipidemia
Operações	Aumentar o nível de informação/conhecimento de pacientes com HAS e dislipidemia sobre: complicações crônicas e agudas, importância de ser atendido e acompanhado pela equipe de saúde da família e aderência ao tratamento. Desenvolver autoestima, motivação e percepção quanto aos riscos da HAS e dislipidemia.
Projeto	Projeto Viver Melhor
Resultados esperados	Pacientes hipertensos e com dislipidemia com mais conhecimento e informação e com competência para lidar com o problema.
Produtos esperados	Melhorar o nível de conhecimento/informação e educação da população hipertensa e não hipertensa, com dislipidemia ou sem dislipidemia em reuniões mensais.
Recursos necessários	Cognitivo: informações sobre hipertensão e diabetes. Político: disponibilização de material para reuniões e local. Organizacional: estruturação de equipe para orientação (participação do NASF) e estabelecer agenda.
Recursos críticos	Político: disponibilização de material para reuniões e local. Organizacional: estruturação de equipe para orientação (participação do NASF) e estabelecer agenda
Controle dos recursos críticos	Coordenadora do PSF e da UBS, Médico da UBS.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto ao público-alvo.
Prazo	Três meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e Enfermeira da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação pelos profissionais da ESF, em todos os contatos com os usuários alvo, do grau de conhecimento da doença e adesão ao tratamento.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro 3 – Operações para o “nó crítico” 2 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.

Nó crítico 2	Baixa percepção acerca dos riscos da HA e da dislipidemia
Operações	Aumentar o nível de conhecimento/informação sobre a HAS e dislipidemia
Projeto	Informe-se e cuide-se!
Resultados esperados	Melhorias na percepção sobre os riscos da HAS e dislipidemia
Produtos esperados	População com mais informação, consciente e participativa no tratamento.
Recursos necessários	Cognitivo: informações acerca do tema. Financeiro: material impresso com abordagem sobre o tema para utilizar nas palestras. Equipamento áudio visual
Recursos críticos	Político: apoio da Secretaria Municipal de Educação, considerando a escolaridade baixa/analfabetismo. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Controle dos recursos críticos	Coordenadora, médicos e enfermeiros da UBS
Ações estratégicas	Articulação com setores de comunicação do município e instrumentos sociais.
Prazo	Dois meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e Enfermeira da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reunião semanal com a ESF, para avaliação do progresso no aprendizado e reajustes na programação.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro 4 – Operações para o “nó crítico” 3 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.

Nó crítico 3	Má adesão ao tratamento medicamentoso
Operações	Realizar campanhas contra a automedicação e seus riscos e sobre importância da adesão ao tratamento
Projeto	“Medicamento é coisa séria”
Resultados esperados	Orientar sobre os riscos oferecidos pelo uso incorreto de medicamentos sem prescrição e orientação médica.
Produtos esperados	População adscrita conscientizada e conhecedora dos reais problemas provenientes da má adesão ao tratamento medicamentoso.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimentos por parte da população local através de ações educativas sobre os problemas provenientes da automedicação e da falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Político: apoio da comunidade local e de familiares. Organizacional: cartazes, panfletos.
Recursos críticos	Econômico: apoio financeiro para utilização dos recursos audiovisuais. Organizacional: organizar a equipe responsável e estabelecer agendas.
Controle dos recursos críticos	Secretária de Saúde, Coordenadora da UBS e toda equipe da UBS.
Ações estratégicas	Articulação com setores de comunicação do município para divulgar as campanhas.
Prazo	Quatro meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e Enfermeira da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reunião semanal com a ESF e reajustes na programação.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro 5 – Operações para o “nó crítico” 4 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai - Município de Esmeraldas/MG.

Nó crítico 4	Inadequação dos hábitos de vida e comorbidades associadas
Operações	Reduzir os fatores de risco, mudando os hábitos de vida considerados inadequados. Orientar a população sobre a importância de um estilo de vida mais saudável, seguindo as tendências das intervenções educativas.
Projeto	Viver com mais saúde
Resultados esperados	Diminuir em 30% os fatores de risco como: obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada.
Produtos esperados	Programas de práticas de exercícios físicos Campanha educativa na mídia Programas saudáveis Atividades de promoção e prevenção Nutricionistas informando e acompanhando
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimentos por parte da equipe da saúde, estratégias de comunidade local. Político: apoio local mobilização social, assegurar vaga na quadra poliesportiva. Organizacional: cartazes, vídeos, panfletos
Recursos críticos	Econômico: apoio financeiro para utilização de recursos audiovisuais (folhetos, panfletos). Organizacional: estabelecer as agendas.
Controle dos recursos críticos	Secretária de Saúde, Coordenadora e Médico da UBS.
Ações estratégicas	Realizar consultas e palestras mais eficazes e esclarecedoras à população local sobre a importância de mudanças nos hábitos de vida. Incluir o NASF no projeto.
Prazo	Três meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e Enfermeira da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reunião semanal com a ESF, para avaliação do progresso do projeto e acertos para a programação.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Quadro 6 – Operações para o “nó crítico” 5 relacionado ao problema “alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia”, na população adscrita da UBS Paraguai – Município de Esmeraldas/MG.

Nó crítico 5	Despreparo da equipe para o enfrentamento do problema devido falta de medicação e suporte financeiro para promover ações
Operação	Capacitar os profissionais atuantes da USB para o correto acompanhamento da população de hipertensos e com dislipidemia
Projeto	Ação na Capacitação
Resultados esperados	Informar e esclarecer sobre a correta abordagem no acompanhamento da população adscrita
Produtos esperados	Capacitação de todos os profissionais atuantes na UBS, com o objetivo de conscientizá-los sobre a necessidade de um acompanhamento correto da população de hipertensos e com dislipidemia.
Recursos necessários	Cognitivo: estratégia da equipe para abordagem dos pacientes e informações sobre hipertensão e dislipidemia. Político: preconizar o apoio local e agenda para a realização da capacitação. Organizacional: estabelecer agenda.
Recursos críticos	Político: apoio local e tempo para realizar a capacitação. Organizacional: estabelecer temática e agenda.
Controle dos recursos críticos	Secretária de Saúde, Coordenadora da UBS e Médico da UBS.
Ações estratégicas	Não necessárias
Prazo	Três meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico e Enfermeira da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Reunião por semana com os profissionais da UBS, para avaliar o avanço e progresso no aprendizado e reajustes na programação.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença crônica de alta prevalência do município estudado, acrescenta-se ainda que é um sério fator de risco para outras DCNT; o seu controle é multidisciplinar, sendo imprescindível melhorar os hábitos de vida no intuito de evitar que outras complicações se estabeleçam. Considerando também, que a dislipidemia é um fator que eleva o risco cardiovascular em pacientes hipertensos, faz-se relevante propor um plano de ação que objetive reduzir os níveis lipídicos da população, através de prática de exercício físico regularmente.

Para alcançar as metas é imprescindível implementar hábitos de vida saudáveis, praticar exercícios físicos regularmente e envolver a família quanto ao comprometimento com as mudanças de hábitos diários e conhecimento sobre os riscos da HAS e da dislipidemia.

No que se refere à prática de exercícios físicos, deve-se predominar atividades que envolvam os componentes dinâmicos; os benefícios iniciam a partir da terceira semana da prática. Os exercícios que envolvem força muscular não têm apresentado benefícios para os pacientes com HAS como método isolado, já que devem ser praticados em conjunto aos exercícios dinâmicos.

O incentivo a essas metas surge a partir da implementação do projeto de intervenção e na construção de informações e/ou saberes com o objetivo de auxiliar a população adscrita da UBS Paraguai a melhorar seus conhecimentos acerca da HAS e da dislipidemia, através da mudança nos hábitos de vida, aumentando a percepção sobre o risco e a participação no tratamento com plena adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. L. *et al.*, Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Estratégia Saúde da Família de um Município Norte Mineiro. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Montes Claros, v.6, n.1, p.349-65, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Município de Esmeraldas**. Informações de Saúde. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 23 de nov., 2018.

FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.109, n.2, Supl., 1, ago., 2017.

FARIA NETO, J. R. *et al.* ERICA: prevalência de dislipidemia em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50, Supl 1, 1s-10s, 2016.

FARIA, H. P. H.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. 97 p.

GARCEZ, M. R. *et al.* Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.1, n.1, p.1-9, 2014.

GONDIM, T. M. MORAES, L.E.P.; FEHLBERG, I.; BRITO, V. S. Aspectos fisiopatológicos da dislipidemia aterogênica e impactos na homeostasia. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Salvador, v.49, n.2, p.120-6, 2017.

HERDY, A. H. *et al.* Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, v.103, n.2, Supl.1, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População de Esmeraldas**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/esmeraldas/panorama>>. Acesso em: 15 de jul., 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Município de Esmeraldas**. 2016. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/esmeraldas/panorama>>. Acesso em: 20 de jun., 2018.

MAGALHÃES, M. E. C. Novas metas de colesterol da Diretriz de Dislipidemia da SBC. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v.30, n.6, p.466-68, 2017.

MARTE, A. P.; SANTOS, R. D. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.14, n.4, p.252-257, 2007.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.109, n.5, p.389-96, 2017.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. P.; FERNANDES, P. S.; CALDEIRA, A. P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.2, p. 79-184, 2013.

PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1731-1739, 2014.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.4, p.547-53, jul./agost., 2014.

SILVA, E.C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.1, p.38-51, jan./mar., 2016.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n.1, p.50-58, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 107, n.3, supl.3, 2016.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.50, supl 2, p. 1s-10s, 2016.