

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

BETHÂNIA MACHADO DE MATOS SILVA

**ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO GRUPO OPERATIVO HIPERDIA
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA TRABALHO PELA VIDA NO
MUNICÍPIO DE JOAÍMA-MG**

BELO HORIZONTE/ MG

2019

BETHÂNIA MACHADO DE MATOS SILVA

**ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO GRUPO OPERATIVO HIPERDIA
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA TRABALHO PELA VIDA NO
MUNICÍPIO DE JOAÍMA-MG**

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

Orientador: Professora Daniela Coelho Zazá

BELO HORIZONTE / MG

2019

BETHÂNIA MACHADO DE MATOS SILVA

**ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO GRUPO OPERATIVO HIPERDIA
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA TRABALHO PELA VIDA NO
MUNICÍPIO DE JOAÍMA-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Daniela Coelho Zazá – Centro Universitário de Belo Horizonte - Unibh.

Examinador 2 – Prof. Mário Antônio de Moura Simim – Universidade Federal do Ceará - UFC

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de abril de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, aos profissionais-amigos da equipe Trabalho pela Vida e aos pacientes que merecem todo cuidado e olhar sobre eles.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Minas Gerais, por me permitir ampliar meus conhecimentos através do curso de especialização, dentro da Saúde da Família a qual tanto me identifico.

À minha orientadora Daniela Coelho Zazá pela paciência, dedicação e disponibilidade ao longo do desenvolvimento do trabalho.

À equipe Trabalho pela Vida da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu por toda troca de saberes, disponibilidade, carinho e atenção que tiveram comigo neste período contribuindo muito para a realização deste projeto.

Aos colegas da especialização pela atenção, horas de discussões e troca de experiências nestes anos.

À minha família por todo apoio e amor incondicional, por sempre estarem ao meu lado nas minhas escolhas.

À todos que de alguma forma torceram por mim e contribuíram para a construção deste trabalho, o meu muito obrigada.

(Epígrafe)

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento (Frederick Herzberg)

RESUMO

Após diagnóstico situacional na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Trabalho pela Vida da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu no município de Joáima /MG observou-se que a população desta área apresentava elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação, o qual foi caracterizado por uma abordagem multiprofissional integrada para pacientes hipertensos e diabéticos do grupo operativo Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Trabalho pela Vida. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e plano de ação. Como resultados do diagnóstico situacional foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos e estilo de vida inadequados; baixa participação nos grupos operativos e; baixo nível de informação sobre as doenças. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento dessas questões: criação dos projetos “Mais Vida” para reduzir os danos causados por hábitos e estilo de vida inadequados; “Movimento” com o objetivo de ampliar a participação dos usuários nos grupos operativos e; “saberes do cuidado” para aumentar o nível de conhecimento dos usuários sobre a sua patologia e as suas complicações. Acreditamos que esse plano de ação poderá contribuir para ampliar o conhecimento dos pacientes sobre suas patologias, além de aumentar a participação dos mesmos no grupo operativo Hiperdia.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Abordagem multiprofissional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

After the situational diagnosis of the covered area of the Family Health Strategy Trabalho pela Vida of the Basic Health Unit Dr. Armando Sena Cangussu in the municipality of Joáima/MG, it was observed that the target population showed a high number of hypertensive and diabetic patients. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan, which was characterized by an integrated multiprofessional approach for hypertensive and diabetic patients of the Hiperdia operating group of the Family Health Strategy Trabalho pela Vida. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. As results of the situational diagnosis we selected the following critical nodes: inadequate habits and lifestyle; low participation in the operating groups and; low level of information on diseases. Based on these critical nodes were proposed the following actions in order to confront these questions; creation of the projects "More life" in order to reduce the damage caused by inappropriate lifestyle and habits; "Movement" with the aim of increasing the participation of users in the operating groups and; "care knowledge" to increase the level of knowledge of the users about their pathology and its complications. We believe that this action plan can contribute to increase the patients' knowledge about their pathologies, as well as increase their participation in the Hiperdia operating group

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Multiprofessional approach. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu.....	19
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” - “Hábitos e estilo de vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, do município Joáíma, Estado de Minas Gerais.....	28
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” - “Baixa participação nos grupos operativos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, do município Joáíma, Estado de Minas Gerais.....	29
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” - “Baixo nível de informação sobre as doenças”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, do município Joáíma, Estado de Minas Gerais.....	30
Tabela 1 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município de Joáima	12
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu	16
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu	17
1.7 O dia a dia da equipe	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	23
5.2 Diabetes Mellitus	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27

6.2	Explicação do problema (quarto passo)	27
.....		
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
.....		
6.4	Desenho das operações (sexto passo)	28
.....		
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Joáima

Joáima é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Possui área de 1.664,19 km² e em 2010 contava com uma população estimada de 14.941 habitantes. A estimativa para 2017 era de 15.634 habitantes (IBGE, 2018).

Os habitantes primitivos do local foram os índios botocudos, chefiados pelo cacique Joahima. Posteriormente, com a colonização, vieram os portugueses, sob o comando do Alferes Julião Fernandes Leão. Em 1892 Cypriano de Souza chegou ao pequeno povoado acompanhado de numerosa família e iniciou amplas plantações. Além disso, construiu, sob a orientação do Padre Emereciano Alves de Oliveira, a primeira Capela onde foi celebrada em 6 de agosto de 1900 a primeira festa do Senhor do Bonfim, padroeiro do lugar (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAÍMA, 2018).

Nessa mesma época, Manoel Luiz chegou ao povoado chefiando centenas de brancos e índios. Eles iniciaram trabalhos na lavoura e se radicaram na foz do Ribeirão Anta Podre, consolidando de vez, o arraial (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAÍMA, 2018).

O Alferes Julião Fernandes Leão se instalou à margem direita do Rio Jequitinhonha, em 1811, e, sua primeira tarefa foi levar a sua fé cristã às inúmeras tribos de índios que habitavam aquelas paragens. O comandante procurou agrupar as várias tribos espalhadas, tentando reuni-las às margens do Rio Jequitinhonha e de seus afluentes (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAÍMA, 2018).

O primeiro nome foi "Quartel" ou "Quartel de Água Branca", nome do córrego às margens do qual foi instalado um Quartel da 7ª Divisão Militar de São Miguel. Entretanto, com o crescimento da aldeia, foi necessário criar mais um Quartel e o lugar passou a ser chamado de "Quartéis do Bonfim". Através da Lei nº 556, de 30/08/1911, o povoado foi elevado à categoria de Distrito, com o nome de Bonfim de Joahima. Com a emancipação política, em 27/12/1948, através da Lei nº 336, o município recebeu o nome de Joáima (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAÍMA, 2018).

Atualmente 70% da população está localizada na zona urbana e 30% na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Joáima era de 0,587, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013). O percentual da população de 18 anos ou mais que era economicamente ativa passou de 56,51% em 2000 para 61,70% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 45,37% trabalhavam no setor agropecuário, 0,47% na indústria extrativa, 4,37% na indústria de transformação, 5,74% no setor de construção, 1,14% nos setores de utilidade pública, 8,77% no comércio e 31,85% no setor de serviços (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu se encontra no bairro Centro e tem uma população de aproximadamente 2.933 habitantes. A população empregada vive praticamente do serviço público, dependente do Estado e Município e empregadores do comércio local. Em relação aos outros bairros do município o Centro tem situação financeira melhor com menor índice de desemprego. Boa parte da comunidade conta com moradias de boa qualidade e a prevalência de moradias que não possui saneamento básico é baixa. A comunidade conta também com uma zona rural, além de escolas, hospital, asilo, escola especial, mercado municipal, praças e centro esportivo, sendo bastante privilegiada em relação à estrutura. A população conserva uma cultura marcante de festas populares e religiosas, possui uma equipe de Saúde da Família que conta também com uma equipe de Saúde Bucal e com o apoio de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

- **ATENÇÃO PRIMÁRIA**

O município de Joáima conta com coordenação da Atenção Primária responsável por seis Estratégias Saúde da Família (ESF) sendo duas na zona rural

e quatro na zona urbana e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

- ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O município conta com alguns médicos especialistas que atendem nas Unidades Básicas de Saúde sendo estes ginecologista, ortopedista, cardiologista e pediatra. As demais especialidades são encaminhadas ao Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) de Jequitinhonha (município a 25 km de Joáima) ou a outros municípios vizinhos que fazem parte do consórcio intermunicipal de saúde da região. Existe o setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), localizado na Secretaria Municipal de Saúde o qual tem uma técnica responsável pelas marcações das consultas e demandas. Nestes casos os pacientes são encaminhados, principalmente, para as cidades de Teófilo Otoni e Belo Horizonte.

- ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA

O município conta com um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU.

- ATENÇÃO HOSPITALAR

O município possui um Hospital Municipal com atendimentos de urgência e emergência e para atender as demais necessidades que não são específicas da Atenção Primária.

- APOIO DIAGNÓSTICO

O apoio diagnóstico do município de Joáima é feito nas cidades vizinhas como Almenara, Jequitinhonha e Teófilo Otoni.

- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O município conta com uma Farmácia Básica do governo que oferece medicamentos aos usuários e mais sete farmácias particulares.

- VIGILÂNCIA DA SAÚDE:

O município tem um coordenador de Vigilância em Saúde que fica responsável pelas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância do Trabalhador.

- RELAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO:

O município de Joáima estabelece a rede de Saúde e compartilhamento de dados e casos sendo que reúne as redes de saúde do município para discussões. Participam das reuniões de pontos de atenção as ESF, NASF-AB, Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospital Municipal recorrendo ainda quando necessário aos outros centros de atenção como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

- **RELAÇÃO COM OUTROS MUNICÍPIOS:**

A relação entre os municípios ocorre de acordo com a demanda solicitada pelas Unidades de Saúde, hospital ou usuários. Esta é estabelecida através de consórcios de saúde, encaminhamentos, TFD e serviços especializados estatal como o CEAE. De acordo com as necessidades são marcadas pela Secretaria Municipal de Saúde as demandas e encaminhamentos, como por exemplo, para os hospitais da região que realizam cirurgias ou procedimentos de maior risco e custo, centros de referências, atendimentos especializados ou outras demandas.

- **CONSÓRCIO DE SAÚDE:**

O município participa da rede de consórcio intermunicipal de saúde que abrange as cidades vizinhas e encaminha os usuários principalmente para a cidade de Águas Formosas e Almenara.

- **MODELO DE ATENÇÃO:**

No município de Joáima segue-se o modelo da Estratégia Saúde da Família onde as equipes de saúde se orientam de acordo com o seu território, estreitando os laços de compromissos entre os profissionais e a população.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu

A Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu que abriga a ESF Trabalho pela Vida foi inaugurada há cerca de seis anos e meio e está situada na rua Belo Horizonte, 350, no centro de Joáima. É um prédio próprio que foi construído para ser a Unidade de Saúde com uma área conservada e adequada para os serviços de saúde, que atende uma população de 2.933 pessoas sendo, 1005 famílias cadastradas. A área destinada a recepção tem um tamanho razoável que comporta a demanda de atendimento tendo problemas apenas quando há atendimento de especialistas na Unidade, onde os usuários, algumas vezes, aguardam o atendimento em pé. Existe uma sala de reunião que é utilizada para reuniões de grupo e de equipe com cadeiras suficientes para a demanda, porém é uma sala com pouca ventilação e que torna-se um problema quando faz calor. A

Unidade Básica de Saúde atualmente está equipada com os recursos mínimos e necessários ao seu funcionamento normal. A Unidade possui em sua estrutura uma boa sala para recepção, sala de reunião, sala de vacina, sala de eletro, sala de atendimento médico, sala da enfermagem, sala para atendimento multiprofissional-NASF-AB, sala de curativos, consultório odontológico, sala de observação, sala dos agentes de saúde, sala de raio x odontológico, cozinha e banheiros.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu

A equipe de saúde da família Trabalho pela Vida é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Fabiana Fernandes Viana, 34 anos, casada, técnica de enfermagem responsável pela sala de curativos, possui ensino médio completo e curso técnico de enfermagem.

Geane Gomes da Silva, 33 anos, solteira, técnica de enfermagem responsável pela sala da vacina, possui ensino médio completo e curso técnico de enfermagem.

Sarajane Santos Pereira Lima, 30 anos, casada, recepcionista, possui ensino médio completo e curso técnico em enfermagem.

Maíra de Souza Soares, 28 anos, solteira, Agente Comunitária de Saúde responsável pela microárea 01 com 193 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo.

Leonídia Mendes Tavares, 56 anos, solteira, Agente Comunitária de Saúde responsável pela microárea 02 com 200 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo.

Ana Flávia Lima de Souza, 29 anos, casada, Agente Comunitária de Saúde responsável pela microárea 03 com 210 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo

Daniela Nunes Ribeiro Lima Ferraz, 33 anos, casada, Agente Comunitária de Saúde responsável pela microárea 04 com 189 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo.

Franciele Nunes de Oliveira, 29 anos, solteira, Agente Comunitária de Saúde responsável pela microárea 05 com 219 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo e trabalhou como recepcionista da Unidade por 2 anos.

Maria Aparecida, enfermeira, casada, anteriormente trabalhou no CEAE de Jequitinhonha como enfermeira e em seguida voltou para Joáima após passar no concurso assumindo cargo na ESF Ipê Crescer sendo transferida para a ESF Trabalho pela Vida a qual se encontra. Possui curso superior completo.

Abraão, médico clínico geral da ESF Trabalho pela Vida, casado. Trabalha em hospitais da região como plantonista e também no hospital da cidade de Joáima. Possui ensino superior completo.

Claúdia Esteves, dentista, casada. Trabalhou anteriormente na clínica do SUS Odonto sendo remanejada para a ESF posteriormente.

Ehiemy, técnica em saúde bucal, auxiliar da dentista, solteira. Encontra-se há menos de um ano na ESF tendo o seu primeiro contato com a atenção básica neste emprego. Possui ensino médio completo e curso de técnica em saúde bucal.

A equipe conta ainda com o apoio do NASF-AB que tem os seguintes profissionais:

Bethânia Machado de Matos Silva, 34 anos, Profissional de Educação Física, Coordenadora do NASF-AB, solteira, trabalha há 6 anos e meio no NASF-AB. Possui curso superior completo e atualmente é aluna do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família.

Patrícia Araújo Souto, 33 anos, Nutricionista, casada, trabalha há 6 anos e meio no NASF-AB. Possui curso superior completo.

Alanna Vieira Silva, Psicóloga, solteira, trabalha há 5 anos no NASF-AB. Possui curso superior completo.

Rafaela Souza Santos, Assistente Social, solteira, trabalha há 1 ano e meio no NASF-AB. Possui curso superior completo.

Ana Karerina Aranha Aguilár, Fisioterapeuta, solteira, trabalha há 2 anos no NASF-AB. Possui curso superior completo.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu

O horário de funcionamento da Unidade é de 07:00 às 11:00 horas e de 13:00 às 17:00 horas com intervalo de almoço. A Unidade de Saúde não trabalha com horários diferenciados.

1.7 O dia a dia da Equipe

O trabalho da ESF Trabalho pela Vida é dividido em demanda espontânea e demanda programada com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, acompanhamento de crianças e planejamento familiar. Para o atendimento médico são marcados 15 atendimentos pela manhã e 15 à tarde sendo que 5 em cada período são reservados para atendimento de urgência. Uma vez ao mês a equipe realiza grupos operativos de hipertensos, diabéticos e gestantes onde abordam a promoção da saúde e incentivam a busca por estilos de vida saudáveis. Ocorre reunião de equipe geralmente uma vez ao mês onde há a participação de todos os profissionais da ESF e do NASF-AB. Nessas reuniões são discutidos o planejamento mensal das atividades da Unidade, a montagem de cronograma, discussão de casos e necessidades da equipe.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após a realização do diagnóstico situacional e discussão entre os membros da equipe foi possível identificar os seguintes problemas em nossa área de abrangência:

- Pouca participação da comunidade em alguns programas desenvolvidos pela ESF.
- Diminuição da interação entre as equipes de ESF e outros pontos de atenção da saúde e outras redes (CAPS, CRAS) o que dificulta a resolutividade de alguns casos compartilhados.
- Dificuldade do trabalho em rede na atual gestão.

- Diminuição das discussões do processo de trabalho com as equipes de ESF, NASF-AB e gestão ou coordenação da Atenção Básica.
- Escassez de material permanente e de consumo para execução das atividades das ESF e NASF-AB.
- Território extenso para a divisão de áreas dos agentes comunitários de saúde o que dificulta a análise de perfil do território.
- Diminuição dos atendimentos compartilhados pela dificuldade de interação com algumas Unidades Básicas de Saúde.
- Quantidade elevada de pacientes Hipertensos e Diabéticos.
- Dificuldade na realização e abordagem dos grupos operativos.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).

No quadro 1 está apresentada a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Quantidade elevada de pacientes hipertensos e diabéticos	Alta	10	Dentro	1
Dificuldade na realização e abordagem dos grupos operativos	Alta	10	Dentro	2
Diminuição dos atendimentos compartilhados pela dificuldade de interação com algumas Unidades Básicas de Saúde	Alta	10	Dentro	3
Diminuição das discussões do processo de trabalho com as equipes de ESF, NASF-AB e gestão ou coordenação da Atenção Básica	Média	9	Dentro	4
Escassez de material permanente e de consumo para execução das atividades das ESF e NASF-AB	Média	9	Dentro	5
Pouca participação da comunidade em alguns programas desenvolvidos pela ESF	Média	9	Dentro	6
Território extenso para a quantidade de agentes comunitários de saúde	Média	9	Dentro	7
Dificuldade do trabalho em rede nessa	Média	9	Dentro	8

gestão				
Diminuição da interação entre as equipes de ESF e outros pontos de atenção da saúde e outras redes (CAPS, CRAS) o que dificulta a resolutividade de alguns casos compartilhados	Média	8	Dentro	9

2 JUSTIFICATIVA

Com o envelhecimento da população brasileira as doenças crônicas passaram a representar expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de conhecer sua prevalência (BARROS et al., 2006). As doenças crônicas são consideradas problema de saúde pública, tendo despertado atenção devido a demanda nos serviços públicos de saúde, sendo hoje responsável pela maioria das mortes em muitos países.

Entre as principais doenças crônicas estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). De acordo com dados da VIGITEL (BRASIL, 2018) a HAS e o DM apresentam elevada prevalência em nosso país. A HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Em nosso país a HAS tem sido uma das principais causas de morte (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). “A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a glicemia elevada é o terceiro fator de causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial e uso de tabaco” (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017, p.12).

No município de Joáima, na área de abrangência da Unidade de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu a situação não é diferente, os índices de HAS e DM são elevados. Sendo assim, desenvolver um plano de ação através da abordagem multiprofissional faz-se importante para otimizar as possibilidades de modificação de hábitos de vida dos usuários hipertensos e diabéticos do território.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação através da abordagem multiprofissional para melhor controle dos pacientes hipertensos e diabéticos do grupo operativo Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Trabalho pela Vida no município de Joáima-MG.

3.2 Objetivos específicos

Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre suas doenças.

Ampliar as possibilidades para modificação de hábitos de vida dos usuários hipertensos e diabéticos.

4 METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se a elaboração do Diagnóstico Situacional através da Estimativa Rápida com abordagem específica do território adscrito pela Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu da Equipe de Estratégia Saúde da Família Trabalho pela Vida.

Após a seleção do problema prioritário realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema em bases de dados eletrônicos como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). A busca de literatura foi guiada através das seguintes descritores: hipertensão, diabetes mellitus e prevenção.

Com as informações do Diagnóstico Situacional e da Revisão de literatura foi proposto um Plano de Ação através da abordagem multiprofissional em pacientes hipertensos e diabéticos do grupo operativo Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Trabalho pela Vida no município de Joáima-MG.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.1).

Os limites de PA considerados normais são arbitrários. Mesmo assim, existem valores que classificam o comportamento da PA em adultos por meio de medidas casuais ou de consultório. Esses valores podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	≥ a 180	≥ a 110

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA(2016, p.11).

Existe uma estimativa de que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida, sendo classificada como hipertensão primária ou idiopática, já os outros 10% são classificados como hipertensão secundária (POWERS; HOWLEY, 2000).

A HAS é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil, responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das mortes ocorridas por doença arterial coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL – BRASIL, 2018) a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3%, sendo maior entre mulheres

(26,4%) do que entre homens (21,7%). Além disso, observou-se que em ambos os sexos, a frequência de diagnóstico aumentou com a idade e foi elevada entre os indivíduos com menor nível de escolaridade (0 a 8 anos de estudo).

A HAS contribui com os altos custos econômicos para o setor de saúde em função do elevado número de internações hospitalares e também óbitos oriundos de suas complicações como doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, doença vascular, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (MENEZES JÚNIOR et al., 2011).

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016) os fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica são: idade; sexo e etnia; excesso de peso e obesidade; ingestão de sal e álcool; sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Os fatores de risco aparecem normalmente de forma combinada.

De acordo com Machado e Kayanuma (2010) a implementação de estratégias para aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS é o maior desafio que os profissionais e gestores da área de saúde enfrentam. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) o cuidado com a pessoa portadora de HAS deve ser multiprofissional.

Entre as medidas de controle da HAS existem as medidas medicamentosas e não medicamentosas. Entre as principais medidas não medicamentosas estão: a alimentação saudável, o consumo controlado de sódio e de álcool, a ingestão de potássio e o combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) afirma ainda que as modificações de estilo de vida têm demonstrado ser eficazes em prevenir ou retardar o início da HAS.

5.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus constitui um dos principais problemas de saúde, que se refere tanto ao número de pessoas afetadas, gerando incapacidade e mortalidade, quanto ao elevado investimento do governo para o controle e tratamento de suas complicações (BRASIL, 2013b). Ele já era, em 2003, a quarta causa de morte no Brasil (PACE; NUNES; OCHOA-VIGO, 2003). O Diabetes é comum e de incidência

frequente. Estima-se que em 1995, atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025 alcançará a cifra de 5,4%. No Brasil, no final da década de 80 estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos, residentes em áreas metropolitanas brasileiras (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus, doença endócrina com causas multifatoriais, está relacionada diretamente à produção insuficiente de insulina, falta desta ou incapacidade da mesma de exercer sua função com êxito. Geralmente ocasiona hiperglicemia constante e outras complicações. Pode lesionar em longo prazo o coração, os olhos, os nervos, os rins e a rede vascular, sobretudo a periférica (SMELTZER; BARE, 2002). Resumidamente, os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica são:

- **Glicemia de Jejum:** nível de glicose sanguínea após 8 a 12 horas;
- **Teste oral de tolerância à glicose:** o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão;
- **Glicemia casual:** tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Pessoas cuja glicemia de jejum situa-se entre 110 e 125mg/dl (glicemia de jejum alterada), por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes podem requerer a avaliação do TTG em 2 horas. Mesmo quando a glicemia de jejum for normal (<110mg/dl), pacientes com alto risco para diabetes ou doença cardiovascular podem merecer avaliação por TTG (BRASIL, 2006).

Sua classificação determina vários tipos de Diabetes, como Diabetes Mellitus tipo I, tipo II, Diabetes Gestacional e outras formas, porém os mais conhecidos são o DM tipo I e II, onde o segundo, demonstra maiores números, pois tem origens definidas (BRASIL, 2006).

O termo tipo I indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. O desenvolvimento do DM tipo I pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente em crianças e adolescentes (picos de incidência entre 10 e 14 anos) ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos (BRASIL, 2006).

O DM tipo 2 é um distúrbio metabólico caracterizado pela deficiência relativa de produção da insulina e uma diminuição da ação desta. Trata-se de uma enfermidade sem cura, porém pode ser oferecido tratamento com base em dieta nutricional, exercício físico, medicamentos hipoglicemiantes orais e insulina (SMELTZER; BARE,2002). As manifestações clínicas mais frequentes com o aumento da glicemia são: poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fadiga, fraqueza, tonturas, etc. Caso não haja o controle dos índices glicêmicos, além dos sintomas citados, o paciente pode evoluir para uma cetoacidose diabética e Coma Hiperosmolar. O diagnóstico do diabetes ou rastreamento é verificado através das manifestações clínicas citadas pelo paciente, histórico familiar e dos fatores de risco, como sedentarismo, tabagismo, obesidade, etc., além dos profissionais de saúde contarem com os exames laboratoriais entre eles: glicemia de jejum e sumário de urina (BRASIL, 2013b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) indivíduos em alto risco (com tolerância a glicose diminuída) podem prevenir ou ao menos retardar, o aparecimento do DM tipo 2.

Segundo Pace, Nunes e Ochoa-Vigo (2003) cabe aos profissionais de saúde estarem atentos na identificação das pessoas com risco para o DM e intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados. Acredita-se que a família tem um papel fundamental em ambas as situações. Sabe-se que a família e os amigos influenciam no controle da doença quanto ao seguimento do tratamento, da dieta e na participação em um programa regular de exercícios.

O tratamento do DM tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem fundamental importância no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013b).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema selecionado foi a “quantidade elevada de pacientes Hipertensos e Diabéticos” na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, da Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu. Em nossa área de abrangência temos, atualmente, 714 Hipertensos e 139 Diabéticos, o que demanda preocupação da equipe para desenvolver atividades que propiciem uma melhora do estilo de vida dos pacientes.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O número elevado de pacientes hipertensos e diabéticos no território da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida torna-se uma preocupação da equipe na hora de programar e desenvolver as atividades para essa população. Com uma proporção alta desses usuários, deve-se buscar meios para uma abordagem que favoreça a capacidade do autocuidado, questionamento da patologia, estímulo aos atendimentos médicos, modificação no estilo de vida e participação nos grupos operativos.

A Equipe de Saúde da Família desenvolve atividades de demanda programada e espontânea de segunda a sexta no horário de atendimento da Unidade. Entre as atividades estão atendimento médico, discussão de casos entre ESF e NASF-AB, atendimento compartilhado, Projeto Terapêutico Singular e Grupos Operativos. Focado na melhora do quadro do paciente e do seu estilo de vida a equipe se preocupa em planejar atividades multiprofissionais como atendimento compartilhado e grupos operativos, pois entende que essas propiciam melhor resolutividade dos casos e maior abrangência das patologias. Entretanto, apesar de todo o esforço da equipe verifica-se baixa participação dos usuários hipertensos e diabéticos nessas atividades, principalmente nos grupos operativos. Além disso, observa-se que existe um baixo nível de conhecimento dos usuários sobre suas doenças, o que dificulta a adesão ao tratamento e acompanhamento pela equipe. Isso contribui também para que os mesmos adotem estilos de vida que não são

compatíveis com suas patologias, podendo, até mesmo, contribuir para o agravamento das mesmas.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os “nós críticos” do problema identificado foram:

- Hábitos e estilo de vida inadequados;
- Baixa participação nos grupos operativos;
- Baixo nível de informação sobre as doenças.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No quadro 2 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Hábitos e estilo de vida inadequados”.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” - “Hábitos e estilo de vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, do município Joáima, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e Estilo de Vida Inadequados
Operação (operações)	Reduzir os danos causados por hábitos e estilo de vida inadequados dos usuários
Projeto	Mais Vida
Resultados esperados	Melhora dos hábitos e estilo de vida dos usuários através da prática de atividade física e alimentação saudável
Produtos esperados	Ampliação dos grupos operativos existentes na Unidade Básica de Saúde Dr. Armando Sena Cangussu
Recursos necessários	Organizacional: organização da agenda da equipe Político: conseguir local para ampliação das atividades Financeiro: aumentar os recursos para desenvolvimento das atividades
Recursos críticos	Político: conseguir local para ampliação das atividades Financeiro: aumentar os recursos para desenvolvimento das atividades
Controle dos recursos críticos	Prefeitura Municipal de Joáima / favorável Setor de finanças e Secretaria Municipal de Saúde / favorável Associação de bairro e profissionais / favorável
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	2 meses para o início das atividades

Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Profissionais do NASF-AB (Profissional de Educação Física, Nutricionista) e equipe ESF Trabalho pela Vida (Enfermeira e ACSs)
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Após dois meses de implantação das atividades os profissionais envolvidos nas ações e planejamentos se reunirão para avaliar os resultados e impactos da operação sobre o usuário.

No quadro 3 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Baixa participação nos grupos operativos”.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” - “Baixa participação nos grupos operativos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, do município Joáima, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixa participação nos grupos operativos
Operação (operações)	Ampliar a participação dos usuários nos grupos operativos
Projeto	Movimento
Resultados esperados	Aumentar o número de praticantes regulares de atividade física
Produtos esperados	Maior quantidade de usuários participantes dos grupos operativos de atividade física
Recursos necessários	Cognitivo: informações e estratégias de abordagem da população; Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. Político: mobilização social e intersetorial com a rede.
Recursos críticos	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Controle dos recursos críticos	Setor de finanças e Secretaria Municipal de Saúde / favorável
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	2 meses para o início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Profissionais do NASF-AB (Profissional de Educação Física, Psicólogo) e ACSs.
Processo de monitoramento e avaliação das	Acompanhamento da frequência dos alunos nos grupos operativos de atividade física

operações	
------------------	--

No quadro 4 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “Baixo nível de informação sobre as doenças”.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” - “Baixo nível de informação sobre as doenças”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Trabalho pela Vida, do município Joáima, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixo nível de informação sobre as doenças
Operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento dos usuários a respeito da HAS e DM e de suas complicações
Projeto	Saberes do cuidado
Resultados esperados	Usuários mais informados sobre as suas patologias
Produtos esperados	Campanhas educativas, avaliação e análise do conhecimento do usuário e familiares sobre as patologias
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: organização da agenda da equipe Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Recursos críticos	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Controle dos recursos críticos	Setor de finanças e Secretaria Municipal de Saúde / favorável
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	Campanhas de 6 em 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenação da Atenção Básica, Profissionais do NASF-AB(Profissional de Educação Física, Nutricionista, Psicóloga, Assistente Social) e equipes ESFs (Enfermeiros, ACSs, Odontólogo)
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Ao finalizar cada campanha, reunir os profissionais e alguns usuários para avaliar o impacto da campanha sobre os mesmos

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônico-degenerativas como a Hipertensão e o Diabetes vem merecendo maior atenção, seja pela elevada prevalência no município quanto pelo seu alto custo. É neste contexto que a Atenção Básica deve investir nos Grupos Operativos com abordagem multiprofissional, pois acreditamos que dentro desses grupos haverá maior fortalecimento de vínculos e cuidados do paciente a partir do momento em que o mesmo encontra-se em um meio de pessoas com situações equivalente às suas e possibilita maior informação em relação as patologias.

A equipe ESF Trabalho pela Vida juntamente com o NASF-AB acredita também que um ótima alternativa como tratamento não medicamentoso seria a participação desses pacientes no grupo operativo Hiperdia onde ocorre uma abordagem multiprofissional, com escolha de temas e oficinas relevantes e que levam informações aos pacientes sobre as suas patologias de uma forma dinâmica, possibilitando maior aprendizado e interação entre o grupo para que absorvam e coloquem em prática as possibilidades de tratamento e prevenção da Hipertensão e Diabetes.

Sendo assim, acreditamos que esse plano de ação poderá contribuir para ampliar o conhecimento dos pacientes sobre suas patologias, além de aumentar a participação dos mesmos no grupo operativo Hiperdia.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. **Perfil Municipal – Joáima /MG**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/joaima_mg>, Acesso em 29 de mai. 2018.

BARROS, M.B.A et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.55, n.4, p.911-926, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.130p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE-cidades**, Joáima, Minas Gerais, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/joaima/panorama>>, Acesso: em 29 de maio. 2018.

MACHADO, C.A.; KAYANUMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.17, n.2, p.111-116, 2010.

MENEZES JÚNIOR, J.E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Revista Rene, Fortaleza**, v.12, n. esp., p. 1045-1051, 2011.

PACE, A.E.; NUNES, P.D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino-am Enfermagem**. v.11, n.3, p.312-319, 2003.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho**. 3º ed. São Paulo: Manole, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAÍMA. História do Município. Disponível em: <<http://joaima.mg.gov.br/o-municipio>>, Acesso: em 29 de mai. 2018.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDART. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2002.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. p. 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.