

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

RODRIGO LEMOS DE AZEVEDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 2, NO BAIRRO TAQUARIL, MUNICÍPIO
DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MG

2019

RODRIGO LEMOS DE AZEVEDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 2, NO BAIRRO TAQUARIL, MUNICÍPIO
DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora Daniela Coelho Zazá

BELO HORIZONTE / MG

2019

RODRIGO LEMOS DE AZEVEDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE 2, NO BAIRRO TAQUARIL, MUNICÍPIO
DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Daniela Coelho Zazá - Unibh

Examinador 2: Ivana Montandon Soares Aleixo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de março de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de vida.

A minha noiva que de uma forma especial me deu força e coragem, apoiando nos momentos de dificuldade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e Nossa Senhora Aparecida, pois sem minha fé não teria forças para essa jornada;

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

A meus professores e em especial minha orientadora Daniela Zazá que teve paciência e me ajudou bastante a concluir este trabalho;

A minha equipe NASF, pelos ótimos momentos de trabalhos compartilhados;

A equipe de Saúde da Família 2 Taquaril, por abraçar a causa e acreditar no grupo operativo;

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da formação deste trabalho, o meu muito obrigado.

(Epígrafe)

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

José de Alencar

RESUMO

Após diagnóstico situacional na área de abrangência da Equipe 2 da Unidade Básica de Saúde do bairro Taquaril, município de Belo Horizonte, MG observou-se elevado número de hipertensos e diabéticos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da área analisada. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: população pouco informada; hábitos e estilos de vida inadequados e; ausência de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “Você sabia?” para aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão e diabetes; “Bora mudar?” para estimular a modificação do estilo de vida da população através de atividade física regular e alimentação adequada e; “Grupão da saúde” para implantar uma Linha de cuidado para identificar e acompanhar as pessoas com fatores de risco para hipertensão e diabetes. Espera-se com esse plano de intervenção disseminar informações aos usuários e auxiliar no controle da hipertensão e do diabetes melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Saúde da Família. Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

After situational diagnosis in the area covered by Team 2 of the Basic Health Unit of Taquaril neighborhood, Belo Horizonte, MG it was observed a high number of hypertensive and diabetic patients. Therefore, this study aimed to elaborate an action plan in order to attend the hypertensive and diabetic users of the analyzed area. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. As results of the situational diagnosis, the following critical nodes were selected: poorly informed population; inappropriate habits and lifestyles and; absence of actions to promote health and prevention by the team. Based on these critical nodes the following coping actions were proposed: creation of the projects "Did you know?" to increase the level of population information on hypertension and diabetes; "Let's change" to stimulate the modification of the population's lifestyle through regular physical activity and adequate food and; "Health group" to deploy a Care Line to identify and track people with risk factors for hypertension and diabetes. This intervention plan is expected to disseminate information to users and help control hypertension and diabetes, improving their quality of life.

Key words: Health Education. Family Health. Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
DCV	Doença Cardiovascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe 2 da Unidade Básica de Saúde Taquaril.	18
Quadro 2 – Descritores do Problema Priorizado.	28
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “População pouco informada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Taquaril, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	29
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Hábitos e estilos de vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Taquaril, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	30
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Ausência de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Taquaril, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	31
Tabela 1 – Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.	26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município de Belo Horizonte	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Taquaril	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família 2, da Unidade Básica de Saúde Taquaril	14
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Equipe 2	17
1.7 O dia a dia da equipe 2	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
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
5.3 Controle e tratamento da HAS e do DM	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é um município brasileiro e a capital do estado de Minas Gerais. Segundo o Censo do IBGE de 2010 a população residente em Belo Horizonte era de 2.523.794 pessoas e a população estimada para 2017 foi de 2.523.794 pessoas. A área da unidade territorial é equivalente a 331,401 Km² e a densidade demográfica de 7.167,00 (hab/Km²), possui uma geografia diversificada, com serras e planícies (IBGE, 2018). De acordo com a estimativa realizada pelo IBGE, Belo Horizonte é o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, e o sexto mais populoso do Brasil (IBGE, 2018). Belo Horizonte ocupa a 20^a posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Neste ranking, o maior IDHM é 0,862 de São Caetano do Sul e o menor é 0,418 de Melgaço (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Em relação à distribuição da população por sexo, as mulheres representam o maior percentual com 53,12% enquanto os homens correspondem a 46,88% e a faixa etária com maior percentual foi a de 25 a 29 anos com 10,1% do total da população (IBGE, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

O bairro Taquaril fica localizado na zona leste do município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. É um bairro de classe baixa que foi formado a partir da década de 1980 quando um político, através de ações legais, disponibilizou a região para ser habitada por pessoas em sua grande maioria vindas do interior do estado com a construção do então chamado Conjunto Taquaril, que na época englobava outros dois bairros em uma área pertencente à Companhia de Desenvolvimento Urbano de Minas Gerais (CODEURB) (ARREGUY; RIBEIRO, 2008).

O Taquaril teve seu crescimento desordenado, com ocupações de áreas de risco e falta de infraestrutura, com área totalmente inadequada a loteamentos populares

devido às suas características geológicas desfavoráveis e presença de encostas com declividades muito altas (URBEL, 2016). Palco de grandes acontecimentos e cenário também de tragédias, marcadas por intermédios de traficantes e gangues rivais é, nos tempos atuais considerado a maior periferia de Belo Horizonte. Embora existam lá muitos problemas sociais a resolver, é um bonito lugar, rodeado por montanhas da Serra do Curral e com um clima natural bastante agradável. Há uma progressiva melhora a cada ano nesse bairro, com melhoras estruturais como a Praça Che Guevara e o novo Jardim Infantil que está sendo criado, além dos colégios e do Projeto Providência, que é um grande aliado desde o início para manter os jovens distantes da criminalidade. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte das Igrejas e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. No Centro de Saúde Taquaril, trabalham quatro Equipes de Saúde da Família – Equipe 1, Equipe 2, Equipe 3 e Equipe 4, duas Equipes de Saúde Bucal e uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

1.3 O sistema municipal de saúde

Na saúde Belo Horizonte dispõe de um total de 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais e o restante filantrópicos e privados. Além disso, Belo Horizonte conta, atualmente, com 152 centros de saúde, 588 equipes de Estratégia Saúde da Família que realizam um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011). Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e

continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Taquaril

A Unidade Básica de Saúde do Taquaril, que abriga a Equipe 2, foi inaugurada há cerca de 27 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa alugada que foi adaptada para ser uma Unidade Básica de Saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida (4.175 pessoas), entretanto o espaço físico é bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação. Muitos precisam aguardar o atendimento em pé, pois não existem cadeiras para todos. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Existe uma sala de reuniões que também é utilizada para realização do café e almoço dos funcionários, porém em dias de reunião de matriciamento é um problema.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas em ONGs e Igrejas da comunidade, que ficam distantes da Unidade Básica de Saúde.

Atualmente, a Unidade não está bem equipada para o trabalho da equipe. Até o final da última administração funcionava com equipamentos e móveis danificados, falta de material de uso diário e falta de profissionais para a limpeza.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 2, da Unidade Básica de Saúde Taquaril

A Equipe 2 é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Renilda Maria da Silva Profeta, 57 anos, casada, agente comunitária de saúde da microárea 1, que tem 192 famílias cadastradas. Mariana estudou até o Ensino Médio

e trabalhava como cuidadora de idosos, antes de trabalhar como Agente Comunitária de Saúde.

Fernanda Afonso Silva, 37 anos, casada, agente comunitário de saúde da microárea 2, que tem 251 famílias cadastradas.

Irene de Fátima dos Santos Silva, 57 anos, casada, dois filhos, agente comunitária de saúde da microárea 3, que tem 240 famílias cadastradas.

Adriana dos Santos Reis, 35 anos, casada, agente comunitária de saúde da microárea 4, que tem 212 famílias cadastradas.

Elisangela Pires Batista, 35 anos, casada, agente comunitário de saúde da microárea 5, que tem 164 famílias cadastradas.

Márcia Cristina dos Santos, 57 anos, casada, auxiliar de enfermagem. Trabalhou mais de 15 anos em hospital e há três anos foi aprovada na seleção e iniciou suas atividades no PSF, mantendo um plantão no hospital local no final de semana.

Rita Aparecida Rodrigues de Assis, 51 anos, casada, auxiliar de enfermagem. Mantém um plantão no hospital local por escala 12/36.

Lúcio Flávio Correa Boaventura, 40 anos, casado, médico. Formado há doze anos decidiu “viver” a experiência do PSF e conciliar com sua especialidade (Endocrinologia). Trabalha há três anos na Equipe 2.

Thatiana Queiroz Coelho, 37 anos, enfermeira, casada. Trabalha em Saúde da Família há oito anos, tendo sido gerente da Atenção Básica quando da implantação da Estratégia Saúde da Família no Taquaril. Saiu da coordenação na mudança da administração e, desde então, atua na Equipe 2.

A equipe de Saúde Bucal é composta pelos profissionais:

Winnie Tassiana Fonseca e Silva, 24 anos, solteira, auxiliar de saúde bucal, trabalha há um ano e oito meses no PSF.

Daniela Cristina Marques Soares, 32 anos, casada, um filho, técnica de saúde bucal, trabalha há um ano no PSF.

Juliana Martins de Araújo, 41 anos, casada, uma filha, dentista, trabalha há dez anos no PSF.

A Equipe do NASF-AB é formada pelos seguintes profissionais:

Tânia Moreira Duarte, 53 anos, solteira, psicóloga há dez anos no NASF-AB.

Adriana Figueiredo de Sousa Fernandes, 40 anos, casada, uma filha, nutricionista há dez anos no NASF-AB.

Júnia Petrocchi da Costa Ramos, 38 anos, casada, duas filhas, fisioterapeuta há seis anos no NASF-AB.

Alessandra Antunes Tavares, 31 anos, casada, terapeuta ocupacional, seis anos de NASF-AB.

Fernanda de Aguiar Jales Azevedo, 30 anos, casada, residente de fisioterapia, um ano e cinco meses no NASF-AB.

Áurea Marques de Souza, 33 anos, solteira, fonoaudióloga há quatro anos no NASF-AB.

Rodrigo Lemos de Azevedo 32 anos, solteiro, profissional de educação física há seis anos no NASF-AB.

Herman Ferreira da Silva 35 anos, casado, farmacêutico há 5 anos no NASF-AB.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Equipe 2

A Unidade de Saúde funciona de 7:00 às 18:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, na Unidade. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador da atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos auxiliares e enfermeiros nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro auxiliar de enfermagem e enfermeiro de apoio.

1.7 O dia a dia da Equipe 2

O tempo da Equipe 2 está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferos. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

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

Por ocasião do diagnóstico situacional feito, observou-se que a equipe 2 realiza quase que exclusivamente atividades de atendimento à demanda espontânea e alguns programas como pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de mama e ginecológico, saúde bucal, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e visitas domiciliares. A equipe não tem grupos operativos devido ao excesso de atendimentos, pois atende um número elevado de famílias e também por falta de espaço no Centro de Saúde para realização dos grupos.

No que diz respeito aos problemas identificados, verificou-se que em toda área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) existem elevados índices de pacientes com problemas crônicos, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), risco cardiovascular aumentado; sobrecarga de famílias nas equipes; falta de adesão ao tratamento; desemprego; coleta de lixo insuficiente; falta de saneamento básico; pouco investimento em educação; altos índices de violência; além de insuficiência de vagas no nível secundário.

1.9 Priorização dos problemas (segundo passo)

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

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe 2 da Unidade Básica de Saúde Taquaril.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Elevado número de hipertensos e diabéticos	Alta	8	Parcial	1
Risco Cardiovascular aumentado	Alta	8	Parcial	2
Altos índices de violência	Alta	6	Parcial	2
Desemprego	Alta	6	Fora	2
Sobrecarga de famílias nas equipes	Alta	7	Fora	3
Insuficiência de vagas no nível secundário	Alta	7	Fora	3
Pouco investimento em educação	Alta	6	Parcial	3
Falta de adesão ao	Alta	6	Parcial	3

tratamento				
Coleta de Lixo insuficiente	Alta	5	Parcial	4
Falta de saneamento básico	Alta	5	Fora	4

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Entre os principais fatores de risco estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional (BRASIL, 2006).

A HAS e o DM apresentam elevada prevalência em nosso país. Dados da VIGITEL (BRASIL, 2018) indicam que a prevalência de HAS autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%). Já em relação ao DM, a prevalência foi de 7,6%, sem diferença entre os sexos.

Na área de abrangência da Equipe 2 do Centro de Saúde Taquaril, no município de Belo Horizonte a situação é bastante similar, ou seja, a prevalência de HAS e DM é elevada. Sendo assim, desenvolver um plano de ação para melhor controle dos usuários hipertensos e diabéticos torna-se importante para que não ocorra o agravamento dessas doenças e, conseqüentemente, o surgimento de outras doenças, como por exemplo, as doenças cardiovasculares (DCV).

A expectativa é que ao final da intervenção, ocorra melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos, juntamente com a minimização da frequência de outros agravos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Equipe 2 da Unidade Básica de Saúde do bairro Taquaril, município de Belo Horizonte, MG.

3.2 Objetivos específicos

Ampliar a cobertura de atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos;

Executar, junto a estes usuários, trabalho educativo/preventivo;

Incentivar a mudança de hábitos de vida dos usuários hipertensos e diabéticos.

4 METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se um diagnóstico situacional na área de abrangência da Equipe 2, no bairro Taquaril, município de Belo Horizonte, através da Estimativa Rápida. Através do diagnóstico situacional foi selecionado como principal problema o elevado número de hipertensos e diabéticos.

Baseando-se neste problema, realizou-se uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na biblioteca virtual da plataforma do programa Ágora do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). A busca de literatura foi guiada através dos seguintes descritores: hipertensão, diabetes mellitus, prevenção e atenção primária à saúde.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de intervenção para melhor acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da nossa equipe. O plano de ação foi realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

“A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.14). Ela é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Além disso, a elevação da pressão arterial aumenta também a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) (BRITO; PANTAROTTO; COSTA, 2011; ANDRADE et al., 2002).

A HAS é responsável por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007). Em Minas Gerais estima-se que 20% da população adulta tenha HAS (ALVES JÚNIOR, 2011).

Entre os fatores de risco associados ao desenvolvimento da HAS pode-se citar: idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, hereditariedade e fatores socioeconômicos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A hipertensão é classificada em hipertensão arterial sistêmica primária ou secundária (DINIZ et al., 2017). A maioria dos hipertensos são portadores de hipertensão arterial sistêmica primária, sendo que a hipertensão arterial sistêmica secundária é responsável por apenas 5 a 10 por cento da totalidade dos casos (RODRIGUES; TAVARES, 2005). A hipertensão arterial sistêmica secundária define-se como um aumento da pressão arterial devido a uma causa identificável. Ela está associada a uma patologia potencialmente tratável (DINIZ et al., 2017). Entre as causas mais comuns de hipertensão secundária encontram-se a doença parenquimatosa renal, renovascular, endócrina, coarctação de aorta, hipertensão gestacional, neurológicas, estresse agudo, exógenas, insuficiência aórtica, fístula arterio-venosa, tireotoxicose, doença Paget e beribéri (BRASIL, 2006).

Um dos maiores desafios no combate à HAS é a não adesão ao tratamento. Segundo Leite e Vasconcelos (2003) adesão significa o seguimento da prescrição médica pelo paciente e é dificultada por diferentes problemas, como por exemplo, financeiros e excesso de medicamentos prescritos.

De acordo com Nobre et al. (2013) quando o paciente realiza o tratamento com adequado controle da pressão arterial, o mesmo mostra-se eficaz na redução das complicações decorrentes da HAS, assim como na redução da mortalidade.

Segundo Di Nucci et al. (2010, p.56) “a redução da pressão arterial é certamente o principal mecanismo pelo qual se promove a prevenção de doenças cardiovasculares”. O tratamento anti-hipertensivo tem como objetivo principal prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à HAS. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos já está bem estabelecida. Além disso, o tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e quando associado ao uso de medicamentos pode melhorar sua eficácia (NOBRE et al., 2013).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2006, p.9).

5.2 Diabetes Mellitus

O DM “consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo” (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017, p.19). Quando não controlado o DM pode provocar disfunção e falência de vários órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013a).

O número de diabéticos vem aumentando de forma significativa em função, principalmente, da rápida urbanização, das transições epidemiológica e nutricional,

do estilo de vida sedentário, do número de pessoas com excesso de peso e da maior sobrevida dos indivíduos com diabetes (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

De acordo com a VIGITEL (BRASIL, 2018), a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 7,6%, sem diferença entre os sexos. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade.

O diabetes pode ser classificado em: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional e outros tipos de DM, sendo os dois primeiros os mais frequentes, onde o DM tipo 2 é o de maior prevalência na população (BRASIL, 2013a).

O DM tipo 1 é caracterizado pela deficiência absoluta na produção e consequentemente na secreção de insulina, cuja prevalência apresenta-se numa variável de 5% a 10% dos casos de diabetes, e a sua causa ocorre pela destruição de células beta-pancreáticas devido à deficiência de insulina por mecanismos autoimune ou idiopático, ou seja, de maneira desconhecida (BRASIL, 2013a).

O DM tipo 2 é caracterizado por uma deficiência relativa de insulina, ou seja, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção (BRASIL, 2013a). Ele corresponde de 90% a 95% de todos os casos de DM. Sua etiologia é complexa e multifatorial, envolvendo também componentes genéticos e ambiental (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM gestacional é um estado de hiperglicemia, entretanto menos severo que o DM tipo 1 e o DM tipo 2. Ele é detectado pela primeira vez na gravidez. Ele tende a desaparecer pós-parto, porém é necessário lembrar que pode retornar depois em grande parte dos casos (BRASIL, 2013a).

Os sinais que levantam suspeita para o DM são os “quatro P’s”: poliúria (vontade frequente de urinar), polidipsia (sede constante), polifagia (fome frequente) e perda inexplicada de peso. Esses sinais podem estar presentes no DM tipo 2, entretanto são mais comuns no DM tipo 1. Além deles, outros sinais levantam a suspeita da doença, tais como visão turva, prurido e fadiga (BRASIL, 2013a).

Na Tabela 1 estão apresentados os elementos clínicos que levantam a suspeita de diabetes.

Tabela 1 – Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.

Sinais e sintomas clássicos:
• Poliúria;
• Polidipsia;
• Perda inexplicada de peso;
• Polifagia.
Sintomas menos específicos:
• Fadiga, fraqueza e letargia;
• Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
• Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.
Complicações crônicas/doenças intercorrentes:
• Proteinúria;
• Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
• Retinopatia diabética;
• Catarata;
• Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
• Infecções de repetição.

Fonte: DUNCAN et al. (2013) citado por BRASIL (2013)

5.3 Controle e tratamento da HAS e do DM

A HAS apesar de ser de fácil diagnóstico é de difícil controle. Portanto, torna-se de significativa importância que os profissionais das equipes de Atenção Básica mantenham o diagnóstico e o acompanhamento regular dos pacientes com objetivo de garantir a adesão ao tratamento (BRASIL, 2013b).

O tratamento pode ser dividido em: tratamento medicamentoso e tratamento não medicamentoso. O tratamento medicamentoso deve ser administrado em menor número de tomadas diárias (preferencialmente dose única). Após o início do tratamento é necessário aguardar as quatro primeiras semanas para verificar a necessidade de ajuste das doses ou a necessidade de associar outro fármaco (MINAS GERAIS, 2006). Já o tratamento não medicamentoso envolve controle

ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Em relação ao DM, o tratamento também é dividido em tratamento medicamentoso e tratamento não medicamentoso e é importante para evitar manifestações de outras comorbidades (ESPÍRITO SANTO et al., 2012).

Dentre as medidas não medicamentosas estão o acompanhamento nutricional, a prática de atividade física, o monitoramento da glicemia, o controle da pressão arterial, o acompanhamento psicológico, entre outras (ESPÍRITO SANTO et al., 2012). Se mesmo com estes cuidados os níveis glicêmicos não forem controlados, os medicamentos antidiabéticos devem ser introduzidos.

A educação para o autocuidado e autogestão da situação de doença deve ser reconhecida como parte integrante de qualquer plano terapêutico. O objetivo é ajudar os usuários a modificarem o estilo de vida, de forma a obter o melhor controle possível (BASTOS, 2004).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Para descrição do problema priorizado, a Equipe 2 utilizou alguns dados fornecidos pelo SISAB e outros que foram produzidos pela própria equipe (quadro 2). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Quadro 2 – Descritores do Problema Priorizado.

Descritores	Valores	Fontes
Portadores de hipertensão arterial esperados	2906	Estudos
Portadores de hipertensão arterial cadastrados	2557	SISAB
Portadores de diabetes esperados	1108	Estudos
Portadores de diabetes cadastrados	800	SISAB
Principais causas de óbitos	Doenças Cardiovasculares	Registro da Equipe
Principais causas de internação	AVC, IAM	Registro da Equipe

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Foi possível observar que o problema mais relevante na área de abrangência da Equipe 2 do Centro de Saúde Taquaril, no município de Belo Horizonte é o elevado número de hipertensos e diabéticos. Torna-se importante enfatizar que essas doenças são passíveis de intervenção, pois apresentam fatores de risco modificáveis, como por exemplo, tabagismo, dislipidemia, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Desta forma, a atuação da equipe de saúde pode favorecer não só ações de promoção à saúde, como também ações de prevenção das doenças.

Verificamos que vários fatores influenciam a alta prevalência dessas doenças e sua correta identificação em nossa área de abrangência. O uso inadequado da medicação e acompanhamento insuficiente, sem realização de exames

complementares. Além disso, evidenciou-se que há, por parte dos usuários, falta de informações sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação saudável e atividade física. Por último, destaca-se também a ausência de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos selecionados foram:

- População pouco informada;
- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Ausência de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

No quadro 3 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “população pouco informada”.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “População pouco informada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Taquaril, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	População pouco informada
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão e Diabetes.
Projeto	Você sabia?
Resultados esperados	População mais informada sobre Hipertensão e Diabetes e, conseqüentemente, sobre os riscos cardiovasculares.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população. Capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Palestras informativas para a população.
Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda; Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógica; Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.; Político: mobilização social.

Recursos críticos	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. Político: mobilização social.
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social / Favorável Secretário de Saúde / Favorável
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	Início em três meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Rodrigo Lemos (profissional de educação física) e Thatiana Queiroz (enfermeira).
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação das ações serão realizados através de questionários e feedback dos usuários participantes.

No quadro 4 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “hábitos e estilos de vida inadequados”.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Hábitos e estilos de vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Taquaril, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação (operações)	Estimular a modificação do estilo de vida da população através de atividade física regular e alimentação adequada.
Projeto	“Bora mudar?”
Resultados esperados	Aumentar o número de praticantes regulares de atividade física e de usuários com alimentação mais equilibrada.
Produtos esperados	Grupo de atividade física e alimentação saudável.
Recursos necessários	Estrutural: agendamento de orientação para atividade física e nutrição; Cognitivo: informações e estratégias de abordagem para a população específica; Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. Político: Conseguir o local para a ação, mobilização social e intersetorial com a rede.
Recursos críticos	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. Político: Conseguir o local para a ação, mobilização social e intersetorial com a rede.

Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social / Favorável Secretário de Saúde / Favorável
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	Início em três meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Rodrigo Lemos (profissional de educação física) e Adriana (nutricionista)
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliações e reavaliações físicas e feedback dos usuários referentes à alimentação e atividade física.

No quadro 5 estão apresentadas as propostas para enfrentamento do nó crítico “ausência de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe”.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Ausência de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Taquaril, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ausência de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe
Operação (operações)	Estabelecer práticas para busca e identificação precoce e ativa dos fatores de riscos. Linha de cuidado para identificar e acompanhar as pessoas com fatores de risco para HAS e DM, incluindo a realização de ações de prevenção dessas doenças.
Projeto	Grupão da saúde
Resultados esperados	Identificar e acompanhar no mínimo 70% das pessoas com fatores de risco para HAS e DM.
Produtos esperados	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado.
Recursos necessários	Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência); Estrutural: Organização da agenda;

	<p>Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidado e protocolos;</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;</p> <p>Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p>
Recursos críticos	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde / Favorável
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	Início em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Rodrigo Lemos (profissional de educação física), Herman Ferreira (farmacêutico) e Thatiana Queiroz (enfermeira)
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e avaliação das ações serão realizados através de questionários e feedback dos usuários participantes

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desse trabalho foi apresentar ações que auxiliem na educação em saúde do portador de HAS e DM, melhorando assim a sua qualidade de vida. As ações a serem realizadas constam de um plano de trabalho que busca atuar com o maior conhecimento sobre a comunidade e seus problemas, especialmente sobre a prevalência da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e as formas de intervenção da comunidade e das pessoas com esse problema, a reorganização do processo de trabalho, o nível de conhecimento da população e a educação permanente da equipe.

Para tanto, diversas referências foram consultadas para a elaboração do presente estudo. Por meio desta pesquisa pode-se concluir que o conhecimento é um fator que faz toda diferença para diagnosticar, individual e coletivamente, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus para tratamento dos mesmos. São inúmeros os fatores que os agravam e muitos deles estão ligados ao estilo de vida das pessoas. Assim, quando as doenças são diagnosticadas precocemente, e quando o portador colabora com o seu próprio tratamento e recebe o auxílio dos familiares e dos que com ele convivem, o tratamento se torna mais eficaz.

A equipe de Saúde da Família tem papel fundamental: em sua própria educação permanente, no processo educativo com a comunidade e na qualidade do processo de trabalho. Para suas ações muitos fatores estratégicos são importantes: a mobilização, o apoio dos gestores, a adesão da comunidade, a busca e a obtenção de recursos mínimos.

Espera-se com esse plano de intervenção disseminar informações aos usuários e auxiliar no controle de tais doenças melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ALVES JÚNIOR, A.C. **Consolidando a rede de atenção as condições crônicas: experiências da rede hiperdia de Minas Gerais**. Brasília-DF 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consolidando_rede_atencao.pdf>. Acesso em 12 de ago. 2018.
- ANDRADE, J.P. et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.79, n.4, p.375-379, 2002.
- ARREGUY, C.A.C.; RIBEIRO, R.R. **Histórias de bairros [de] Belo Horizonte: Regional Leste**. Belo Horizonte: APCBH; ACAP-BH, 2008. 58 p.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. **Perfil Municipal – Belo Horizonte /MG**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-horizonte_mg>. Acesso em 07 de jun. 2018.
- BASTOS, F.S. **Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2**. [Dissertação – Mestrado em Saúde Pública]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2004.
- BRASIL. Caderno de Atenção Básica Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 30 de jun. 2018.
- 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, 2013a. 160p.
- 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, 2013b. 128p.
- 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.

BRITO, E.S.; PANTAROTTO, R.F.R.; COSTA, L.R.L.G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **Journal of the Health Sciences Institute**, v.29, n.4, p.265-268, 2011.

DI NUCCI, F.R.C.F. et al. Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.37, n.2, p.52-56, 2010.

DINIZ, P.G. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária: Incertezas do Diagnóstico. **Acta Med Port**. v.30, n.6, p.493-496, 2017.

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.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial, Condudas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013 apud 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, 2013. 160 p.

ESPÍRITO SANTO, M.B. et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 88-101, jan/abr, 2012.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018, 97 p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE-cidades, **Belo Horizonte, Minas Gerais**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em 20 de mai. 2018.

LEITE, S.N; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.8, n.3, p.775-782, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte, SAS/MG, 2006.

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2013; v.46, n.3, p.256-272, 2013.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>>, Acesso: em 05 de jul. 2018.

RODRIGUES, C.J.O.; TAVARES, A. Hipertensão Arterial Secundária. **Rev. Fac. de Ciênc. Méd.** Sorocaba, v.7, n.1 p.1-4, 2005.

URBEL – Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte - Diagnóstico da Situação de Risco Geológico das Vilas, Favelas e Conjuntos Habitacionais de Belo Horizonte – URBEL/2016. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/urbel/pear-areas-de-risco>> Acesso em 30 de jun. 2018. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** v.89, n.3, p. e24-e78, 2007.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** v.95, n.1, supl.1, 2010.

7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** Sociedade Brasileira de Cardiologia v.107, n.3, Supl.3, 2016.