

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RAPHAEL DUPIN VIEIRA FONSECA**

**INTRODUÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO AOS PACIENTES PORTADORES  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
SÃO LUCAS – UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

**UBERLÂNDIA - MG  
2015**

**RAPHAEL DUPIN VIEIRA FONSECA**

**INTRODUÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO AOS PACIENTES PORTADORES  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
SÃO LUCAS – UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

**UBERLÂNDIA – MG**

**2015**

**RAPHAEL DUPIN VIEIRA FONSECA**

**INTRODUÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO AOS PACIENTES PORTADORES  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
SÃO LUCAS – UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Examinador 2: Prof. Edison José Corrêa, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte/MG,      de      de 2015.

## RESUMO

A presente proposta de intervenção surge como tentativa de enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em adultos com idade entre 30 e 40 anos atendidos no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Lucas na cidade de Uberlândia – Minas Gerais. A HAS é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por altos níveis da pressão arterial, ligada ao aparecimento de doenças do coração, como exemplo o infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Pode causar ainda acidente vascular cerebral, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros e, até mesmo, óbito do indivíduo hipertenso. Por desenvolver-se, na maioria das vezes, de maneira crônica e assintomática, o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica são comumente negligenciados, devendo ser propostas ações resolutivas e pertinentes para a sua redução e controle e, conseqüentemente, das diversas patologias a ela associadas. Para tanto, foi realizada uma proposta de intervenção baseada em uma revisão narrativa da literatura de publicações dos últimos 10 anos, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed, RIMA, SciELO e EBSCO. Assim, tendo em vista que o controle da hipertensão arterial demanda diferentes ações a nível individual e coletivo e que principalmente deve pautar em proporcionar empoderamento para que o usuário tenha um cuidado continuado, a presente proposta de intervenção pode contribuir para o controle desse problema na comunidade assistida.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Programa Saúde da Família. Humanização da assistência.

## **ABSTRACT**

This policy proposal is an attempt to problem of hypertension of coping (hypertension) in adults aged between 30 and 40 years attended at the Family Health Program of St. Luke Basic Health Unit in the city of Uberlândia - Minas Gerais. Hypertension is a multifactorial clinical condition that is characterized by high levels of blood pressure, connected to the onset of heart diseases such as myocardial infarction and heart failure. Can cause even stroke, kidney failure, blindness, limb amputation and even death of the hypertensive individual. For develop, most often, chronic and asymptomatic way, diagnosis and treatment of hypertension are commonly overlooked and must be proposed resolving and relevant actions for their reduction and control and hence the various pathologies her associated. To that end, it conducted an intervention proposal based on a narrative review of the literature of the past 10 years publications obtained through the Virtual Health Library is a Virtual Health Library (VHL), Pubmed, RIMA, SciELO and EBSCO. So given that the control of hypertension demand different actions at individual and collective, which mainly should be geared to provide empowerment for the user to have a care continued this intervention proposal can contribute to the control of this problem in the assisted community.

**Keywords:** Hypertension. Family Health Program. Humanization of assistance

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>9</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Geral .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Específicos .....</b>	<b>10</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>5.1 Programa Saúde da Família .....</b>	<b>12</b>
<b>5.2 Humanização na assistência à saúde.....</b>	<b>14</b>
<b>5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica .....</b>	<b>16</b>
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>6.5. Identificação dos recursos críticos .....</b>	<b>9</b>
<b>6.6 Análise de viabilidade.....</b>	<b>9</b>
<b>6.7 Elaboração do plano operativo.....</b>	<b>12</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>14</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Uberlândia foi fundada em 1888, sendo atualmente a maior cidade da região do Triângulo Mineiro, em Minas Gerais. Sua população urbana compreende cerca de 640.000 habitantes. A cidade se tornou uma das mais prósperas do interior brasileiro devido a sua localização estratégica privilegiada que a transformou no maior centro de distribuição atacadista da América Latina. O município se divide em cinco setores: norte, sul, leste, oeste e central, sendo o setor oeste o mais populoso segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quanto ao saneamento básico do município, Uberlândia conta com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto no perímetro urbano. De acordo com Departamento Municipal de Água e Esgoto (DMAE), 6.288 moradores ainda não possuem acesso à rede de esgotos.

No que se refere à área da saúde, o município corresponde a um dos grandes centros da microrregião, sendo referência em tecnologia e estudos. Atualmente existem 82 unidades de atendimento à saúde, sendo 68 na zona urbana e seis em zona rural. As unidades estão localizadas em setores de necessidade sanitária e possuem 48 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 44 Unidades básicas de Saúde da Família (UBSF) e mais duas Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. O município conta também com oito Unidades Básicas de Saúde convencionais.

A Unidade Básica de Saúde da Família São Lucas localiza-se no bairro de mesmo nome, na região oeste do município há cerca de 12 anos. O bairro conta com saneamento básico, energia elétrica, pavimentação e sinalização das ruas. O sistema de transporte coletivo possui ótima funcionalidade, no entanto, o bairro carece de escolas, praças ou creches. A unidade referência de maior nível de complexidade é a UAI Planalto. Os dados coletados pelo Sistema de Gestão em Saúde da Prefeitura de Uberlândia em 2013 demonstraram uma população cadastrada de aproximadamente 5.000 pessoas, sendo 4.426 cadastradas nas suas sete micro áreas. Atualmente sabe-se a existência de duas micro áreas sem cobertura pela equipe. As microáreas correspondem a um total de 1.379 famílias, 4.426 pessoas, 2.267 mulheres e 2.159 homens. Os adultos correspondem à faixa etária proeminente.

A UBSF São Lucas se estabeleceu em uma casa adaptada ao serviço e alguns cômodos não se encontram nas normas e padrões indicados. Entretanto, a unidade está bem equipada e oferece um bom meio de trabalho à equipe. A equipe é composta pelo determinante básico do SUS, compreendendo um médico, uma enfermeira coordenadora, um assistente social, um



técnico de enfermagem, um psicólogo, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar administrativo.

Após reuniões com a equipe, chegamos à conclusão de que as doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) representam hoje a maior dificuldade da equipe, pois sabemos que são doenças que necessitam de apoio multidisciplinar e consultas frequentes para se estabelecer o controle adequado. No entanto, a dificuldade maior são os portadores de HAS que compreendem a maior parcela do problema. Confirmando tal situação encontramos nos dados fornecidos pelos últimos levantamentos de informação números surpreendentes. Em 2013 a população de hipertensos estimada era de 623 pessoas sendo que 25% eram de alto risco, 35% risco intermediário e 40 % de baixo risco com uma cobertura de apenas 57%.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial que é caracterizada pelos níveis aumentados e sustentados da pressão arterial (PA) e representa um dos principais fatores de risco cardiovascular e ocasiona grande impacto na saúde pública. Possui alta prevalência e baixas taxas de controle e como consequências favorecem patologias com possibilidade de sequelas e lesões de órgãos alvo. No Brasil as doenças cardiovasculares representam a maior parcela causadora dos óbitos, que por sua vez são decorrentes na maioria das vezes da HAS.

Portanto, identificamos como problema relevante a ser tratado a dificuldade no cuidado continuado dos indivíduos portadores de HAS na Unidade Básica de Saúde da Família São Lucas.

## 2 JUSTIFICATIVA

A criação do Sistema Único de Saúde possibilitou uma quebra de paradigmas no que se refere ao conceito de saúde. A saúde passa, a partir deste momento, a ser considerada e definida como direito de todos e estabelecendo ao Estado o dever de proporcionar, a universalidade e igualdade do acesso à saúde, a procura da superação da dicotomia entre prevenção e cura, a visão da integralidade na assistência ao indivíduo, a descentralização do sistema de saúde, a participação complementar dos grupos privados na saúde, a evidência nas áreas de saúde do trabalhador, a vigilância epidemiológica e sanitária, o estímulo à participação comunitária efetiva e o financiamento do sistema de saúde brasileiro de forma tripartite entre União, Estados e Municípios (ARAÚJO et al. 2007).

No que se refere à temática do presente estudo, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), ressalta que a HAS é um fator que eleva os riscos cardiovasculares e traz consigo a possibilidade de eventos cardiovasculares agudos e lesões de órgão alvo. No Brasil essas doenças têm sido a maior causa de óbitos e são responsáveis por alta frequência de internação e custos médicos e socioeconômicos. Na referida Unidade de Saúde, onde o estudo se foca, em 2013 a população de hipertensos estimada era de 623 pessoas sendo que 25% eram de alto risco, 35% risco intermediário e 40% de baixo risco com uma cobertura de apenas 57%. Frente a tal realidade compreendemos e aceitamos a ideia de Park e Taylor (2007) que reforçam a necessidade de tratamento precoce com seguimento adequado da doença para redução das complicações relacionadas a HAS e da redução do risco cardiovascular associado.

Desta forma, a pesquisa se justifica pela relevância da temática, uma vez que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença considerada grave, capaz de aumentar o risco de eventos cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, e nefropatias crônicas (PICCINI; VICTORA, 2009). E, visando o ideal de atendimento humanizado, acredita-se que, o cuidado continuado implantado aprimorará o controle da doença e incentivará a mudança de hábitos de vida para que ocorra menor taxa de internação, redução do risco cardiovascular da população hipertensa e redução dos gastos em níveis de maior complexidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Propor um plano de intervenção visando à introdução do cuidado continuado nos paciente portadores de HAS na Unidade Básica de Família São Lucas com fins de redução do risco cardiovascular.

#### **3.2 Específicos**

Redefinir o processo de trabalho da equipe para reorganização do processo de agendamento, acompanhamento multidisciplinar, grupos para hipertensos, busca ativa da população alvo e grupos de risco.

## 4 METODOLOGIA

O presente estudo tem como metodologia norteadora o Planejamento Estratégico Situacional (PES). De acordo com Huertas (1996) *apud* Rieg e Araújo Filho (2002) O PES se pauta, primeiro, na ideia de subjetivismo, ou seja, seu objeto está em identificar e analisar uma determinada situação problemática, centrando-se nos principais envolvidos. Busca-se aqui, compreender suas percepções e pontos de vistas, sobre a situação em foco. Em segundo, consiste na elaboração de planos-proposta a partir de situações problemas e em terceiro, a partir da ideia de um futuro incerto, busca pensar em possibilidades de preparar os atores envolvidos no enfrentamento do problema. Em síntese, pode-se considerar que o PES, analisa, propõe intervenções e facilita o processo de empoderamento destes sujeitos para que se tornem protagonistas frente a uma demanda situacional.

Paralelamente será realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa. De acordo com Rother (2007) este tipo de estudo é eficiente no processo de descrever e discutir o “estado de arte” de determinado assunto, no caso, o problema analisado na metodologia. Assim, buscar-se-á construir uma análise da literatura disponível sobre o assunto em bibliotecas virtuais como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed, RIMA, SciELO e EBSCO, utilizando como para tanto os descritores: “Hipertensão, cuidado continuado, doenças crônicas”. Neste trabalho serão priorizados artigos de revista, dissertações e monografias de produção nacional produzido sobre a temática nos últimos dez anos.

É importante ressaltar que a presente produção poderá vir a ter um caráter fundamental no que se refere à educação continuada, uma vez que possibilita ao leitor adquirir novos conhecimentos ou mesmo se atualizar sobre a temática proposta em curto espaço de tempo; porém não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. Já para a elaboração do plano de intervenção, observou-se o que propõe Campos, Faria e Santos (2010).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Programa Saúde da Família

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde se revestiu de grande relevância, principalmente por se pautar na possibilidade de uma estratégia de desenvolvimento dos sistemas de saúde, sendo implementadas várias propostas, como a medicina comunitária, em resposta aos altos custos do modelo de atenção médica e ao desajustamento da cobertura populacional desse modelo (MARCONDES, 2002). Daí em diante a Organização Mundial da Saúde passou a disseminar a precisão de reforma do modelo de prestação de serviços das nações, enfatizando a integração dos serviços locais num sistema único e nacional, a participação comunitária, ações intersetoriais e uma maior “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONILL, 2008).

Com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), na década de 80, e com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, por parte do primeiro, permitindo uma efetiva descentralização administrativa. Com a implementação do segundo, através da Constituição Federal de 1988, foram definidos o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos. Paralelamente, o país atravessava um período de incerteza em sua política econômica: desajustes em suas finanças públicas, gasto público na área de saúde decrescente, declínio do crescimento populacional e taxas crescentes para o grupo de terceira idade, que exigiam ações sabidamente de maiores custos. Era alta a mortalidade por doenças infecciosas que conviviam com doenças cronicodegenerativas, aumentando a morbidade. Neste contexto, formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens, incidiu de forma bastante aguda na demanda e na oferta de saúde, e passou a ser denominado, nos anos 90, de crise da saúde (PATARRA, 1995; VIANA; DAL POZ, 1998).

Assim, segundo o Ministério da Saúde (2010) “O Programa Saúde da Família nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época”.

De acordo com ROSA e LABATE (2005, p. 34)

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

Entende-se desta maneira que o PSF surgiu como um novo olhar assistencial, o qual não buscava atender o indivíduo doente isoladamente, mas a toda a família deste indivíduo. Tal conduta tem como um dos principais objetivos ser uma forma de assistência preventiva.

No Brasil, tal modelo idealizado pela Atenção Primária à Saúde teve grande impacto na organização do Sistema Único de Saúde. Nos anos de 1980 foi marcado pelo ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, em diversas esferas, com intensos reflexos na saúde. Em 1990, o Ministério da Saúde sugeriu a reorganização da prática assistencial, dando ênfase ao atendimento integral à saúde da família. Em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que teve eficiência no Nordeste, e possibilitou quem em 1994, passasse a existir o Programa Saúde da Família e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial como substituição às práticas convencionais a Estratégia de Saúde da Família, a fim de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde e dar prioridade à Atenção Primária à Saúde (CONILL, 2008).

Desta forma, pode-se considerar que o Programa Saúde da Família originou-se em 1993, mais só foi regulamentado em 1994, como estratégia no que se refere à busca pela mudança da forma tradicional de prestação de assistência, objetivando a implantação de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde, modelo esse que fosse mais eficiente no que se refere a problemas de saúde (BLASCO *et al.*, 2003).

A primeira equipe do Programa Saúde da Família foram os agentes comunitários formadas em janeiro de 1994. Dando prioridade às ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio. A equipe era formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo como principal objetivo apreciar a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais compassivo às necessidades dos indivíduos atendidos (CARVALHO; SOUZA, 2003).

O Programa Saúde da Família aponta ao trabalho na lógica da promoção da saúde, ambicionando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito conexo à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para que se obtenha o objetivo proposto, é indispensável a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a expectativa de promoção de ações intersetoriais (BLASCO *et al.*, 2003).

O Programa Saúde da Família, ao se estabelecer como estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil, tem por objetivo precípuo alavancar o Sistema Único de Saúde que, não obstante dos progressos jurídico-políticos, não foi capaz de reverter o quadro sociosanitário nacional, regional ou local, conservando-se como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Um pilar fundamental na construção do novo modelo de Atenção Básica é a humanização que a proposta do Programa Saúde da Família tem por finalidade apreciar, através do estabelecimento de conexão entre profissionais, usuários e famílias, por meio da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (ARAÚJO *et al.*, 2007).

## **5.2 Humanização da assistência à saúde**

Nos últimos anos, temas como integralidade da assistência, interdisciplinaridade e humanização vêm ganhando cada vez mais atenção nas discussões sobre saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Embora o termo laico "humanização" possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos ou solapados em tempos de frouxidão ética. Em nosso horizonte histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes (RIOS, 2009, online ).

Nos estudos de Costa, Figueiredo e Schaurich (2009), o termo humanização é definido como ter respeito pelo ser humano, ver o paciente de forma holística englobando o contexto familiar, social, incorporando valores, crenças, e aspectos culturais.

Por humanização pode-se definir que é "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores". O protagonismo dos sujeitos e sua autonomia, o estabelecimento de vínculos solidários entre os atores, a participação coletiva no processo de gestão, bem como a elaboração de tramas de cooperação norteiam essa política (BRASIL, 2010).

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas o reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados. No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do homem, este a medida de todas as coisas, considerando sua natureza, limites, interesses e potenciais. O Humanismo busca compreender o homem e criar meios de se compreender uns aos outros. Humanização, enquanto tornar humano significa admitir todas as dimensões humanas - históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas - e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis (RIOS, 2009, p. 15, online).

A natureza humana comporta pulsões para a construção e para a agressão. Em nossa essência, temos potencial para agir tanto num sentido quanto no outro. O julgamento ético de cada ato e a sua escolha são tarefas psíquicas constantes, que põe em jogo os valores que a cultura nos dá por referência e os desejos que se ocultam no íntimo de cada um. Reconhecer a importância dessas características humanas é o primeiro passo para a humanização (RIOS, 2009).

Na vertente moral, a humanização pode evocar valores humanitários, como respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade [...]. Propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da saúde e o exercício da ética, aqui pensada como um princípio organizador da ação. Na dimensão institucional, trata-se de valores fundamentais para balizar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera bom e justo (RIOS, 2009, online).

Mais do que um conjunto de princípios idealistas para nortear as práticas em saúde dentro do sistema assistencial do país, o termo pressupõe uma conjuntura complexa de posturas e atividades que compreendem algumas modificações no setor saúde, que persistem, ainda em dias atuais, com um modelo de atenção biomédico, com frágeis relações entre usuários e equipe de saúde e a precarização do acesso aos serviços (COTTA *et al.*, 2013).

Como uma proposta de mudança, a humanização visa à melhoria do atendimento em saúde como um todo, na associação entre o lado subjetivo e objetivo do cuidado ao ser humano em condições de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, através do reconhecimento da importância dos aspectos psicológico, emocional, espiritual e social paralelamente a intervenção técnica e o cuidado fisiológico, o que pressupõe uma estrutura assistencial de uma prática dita holística ( MONGIOVI *et al.*, 2014, online).



### 5.3 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, e nefropatias crônicas. Decorre de fatores genéticos, em geral ligados a alterações de estilo de vida e condições socioeconômicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Sua incidência aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos. É definida como pressão sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmhg em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicação anti-hipertensiva, devendo ser considerado em seu diagnóstico, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a existência de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que fatores como o excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimulada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal que apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade (MINAS GERAIS, 2013).

Estudos de base populacionais realizados no Brasil apontam a hipertensão arterial sistêmica como uma doença corriqueira, encontrando-se prevalências com variações em torno de 20%. Na atualidade, tem-se nas doenças cardiovasculares grande destaque como fundamentais causas de morte, atingindo cerca de um terço do total da mortalidade adulta brasileira. Esta ainda é considerada como uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito frequente, é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio (PORTO, 2005).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 15 elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica vem a ser:

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006, online).

Seu tratamento pode se dar de duas formas: sem ou com medicamentos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica são alimentação saudável, baixo consumo de álcool e sódio, adequada ingestão de potássio, combate ao estresse, sedentarismo e tabagismo e controle do peso corpóreo. Por sua vez, entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéficos na redução de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores, estão os diuréticos em baixas doses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Tais medicamentos devem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com hipertensão arterial sistêmica em estágio 1 que não responderam às medidas não medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina, betabloqueadores, antagonista do cálcio. Para pacientes em estágio 2, pode-se considerar o uso de associações de fármacos anti-hipertensivos como terapia inicial (BRASIL, 2006).

Vale lembrar que mesmo ocorrendo o tratamento com o uso de medicamentos, o tratamento não farmacológico deverá ser sempre preservado. Além disso, a abordagem terapêutica da hipertensão arterial sistêmica deve ser periodicamente reavaliada para definir se alguma mudança é necessária para manter os níveis pressóricos próximos das metas desejáveis. Em geral, o tratamento é iniciado com monoterapia e depois, com o passar do tempo e dependendo da resposta do paciente à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de terapias combinadas, envolvendo dois ou mais agentes anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação (BRASIL, 2006).

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1. Definição do problema

É importante deixar claro que identificar e priorizar um determinado problema não é de forma alguma estratégia suficiente para definir e estabelecer propostas de intervenções eficientes. Quando a proposta é caminhar em busca de uma resolutividade de uma problemática é preciso compreender e ser capaz de construir uma explicação para a mesma, ou seja, é necessário caracteriza-lo e descreve-lo de forma sólida, para entender de forma global sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Com o intuito de facilitar o processo de descrição do problema, foi construído o Quadro 1 que reúne em seu escopo os descritores relacionados ao problema de hipertensão arterial sistêmica (HAS) da população cadastrada no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Lucas na cidade de Uberlândia – Minas Gerais.

#### **Quadro 1: Descritores relacionados à hipertensão arterial sistêmica (HAS) da população cadastrada no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Lucas na cidade de Uberlândia – Minas Gerais**

DESCRITORES	TOTAL
PESSOAS CADASTRADAS	5107
HIPERTENSOS	592
HIPERTENSOS ENTRE 30 E 40	59

Fonte: Programa Saúde da Família

### 6.2. Explicação do problema.

O modelo pelo qual se dá o desenvolvimento socioeconômico da população é determinado diretamente pelo meio ambiente territorial, cultural e socioeconômico, a irregular e deficitária distribuição de renda e desigualdade social e as políticas públicas de saúde, que influenciam no hábito de vida saudável e no acesso às informações e serviços de saúde. Além disso, as políticas públicas influenciam o modelo assistencial, que interfere na organização,

estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde que, por sua vez, interfere no encaminhamento, diagnóstico, protocolo, assistência médica e farmacêutica e educação em saúde, gerando como resultado melhoras no acompanhamento, cuidado e conseqüentemente no cuidado continuado pelo paciente, bem como a redução do risco de agravos. Ou seja, o modelo de desenvolvimento socioeconômico, a depender da forma pela qual se dá, interfere positivamente ou negativamente na saúde dos indivíduos e na forma pela qual o mesmo a percebe e se preocupa com ela.

É importante esclarecer que o modelo assistencial ainda interfere em fatores como hábito de saúde que incluem: beber e fumar, estresse, excesso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo, que provocam alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica, causadora de doenças do coração, a exemplo do infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros e, até mesmo, óbito (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

### **6.3. Seleção de causa dos problemas.**

O passo seguinte para a elaboração do plano de intervenção consiste na identificação e seleção das causas de um problema que, quando atacado, tem a possibilidade interferir diretamente no problema. Estas causas são representadas por fatores que podem sofrer intervenção advinda da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram considerados no presente estudo como as causas do problema: falhas na organização, estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde; hábitos e estilos de vida não saudáveis; falta de acesso às informações e aos serviços de saúde.

Quando ocorrem falhas envolvendo todo o serviço de saúde, os usuários não recebem a devida assistência médica e farmacêutica com encaminhamento, diagnóstico, protocolo e tratamento, muito menos adquirem a possibilidade de um cuidado continuado para a prevenção de reincidências ou melhoras do problema. Além disso, a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, bem como hábitos e estilo de vida não saudáveis, potencializam a vulnerabilidade dos usuários do Programa Saúde da Família em relação às doenças, aumentando assim os fatores de risco que são fumar, beber, estresse, excesso de sal e gordura da dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo que, com certeza, podem provocar hipertensão arterial sistêmica.

#### **6.4 A operação “Atacando quem ataca”**

A partir das causas selecionadas do problema, propõem-se operações para a sua solução, resultados e produtos esperados e recursos necessários à sua execução (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para tanto, foi realizado o desenho de operações para os “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica, como mostra o Quadro 02.

#### **6.5. Identificação dos recursos críticos**

Os recursos críticos devem ser considerados indispensáveis para pôr em prática da operação e que não estão disponíveis, sendo de extrema importância conhecê-los e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No Quadro 3 foram resumidos os recursos críticos de cada operação.

#### **6.6 Análise de viabilidade**

A ideia de construir ou criar a viabilidade para o plano de intervenção tem por finalidade a identificação dos protagonistas que controlam os recursos críticos. De posse dessas informações, faz-se um estudo para saber o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados, buscando descrever ações estratégicas para mobilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, o Quadro 4 mostra as propostas de ações estratégicas para motivação dos atores do plano de intervenção.

**Quadro 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Lucas na cidade de Uberlândia – Minas Gerais**

<b>Causa dos problemas</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Hábitos e estilos de vida não saudáveis</b>	<b>Vida saudável:</b> adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos.	Redução do alcoolismo, tabagismo, níveis de estresse, obesidade, sobrepeso e sedentarismo.	Criação de grupos de orientação de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos; Elaboração de campanha “abaixo a hipertensão”.	<p><b>Econômico</b></p> <p>Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>Organizar os grupos de hipertensos.</p> <p>Organizar campanha “abaixo a hipertensão”</p> <p><b>Cognitivo</b></p> <p>Transmissão das informações dos folhetos explicativos.</p>
<b>Falta de informação</b>	<b>Conhecer para melhor viver:</b> reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica, proporcionar empoderamento quanto aos fatores de risco e de proteção frente à hipertensão.	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.	Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.	<p><b>Econômico</b></p> <p>Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p><b>Organizacional</b></p> <p>Organização da agenda.</p> <p><b>Político</b> Mobilização social e intersetorial.</p> <p><b>Cognitivo</b></p> <p>Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas</p>
<b>Falta de estrutura de serviço da saúde e no processo de trabalho</b>	<b>Central saúde:</b> melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos, baseado na proposta de atendimento mais humanizado.	Garantia de mais assistência médica e farmacêutica, bem como cuidado continuado.	Aquisição e estocagem de medicamentos, compra de exames específicos, consultas com especialistas, profissionais mais capacitados.	<p><b>Econômico</b></p> <p>Aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas.</p> <p><b>Político</b></p> <p>Aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos.</p> <p><b>Cognitivo</b></p> <p>Elaboração de projeto de estruturação e renovação dos serviços da saúde.</p>

Fontes: autoria própria.

**Quadro 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Lucas na cidade de Uberlândia – Minas Gerais**

Operação	Recursos necessários
Vida saudável	<b>Econômico:</b> aquisição de folhetos explicativos.
Conhecer para melhor viver	<b>Econômico:</b> aquisição de folhetos explicativos. <b>Político:</b> mobilização social e intersetorial.
Central saúde	<b>Econômico:</b> aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas. <b>Político:</b> aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos.

Fontes: autoria própria.

**Quadro 4: Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Lucas na cidade de Uberlândia – Minas Gerais**

Operação	Recursos Críticos	Controle de Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Vida saudável:</b> adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos.	<b>Econômico:</b> aquisição de folhetos explicativos.	Secretário Municipal de Saúde.	Indiferente.	Apresentar projeto.
<b>Conhecer para melhor viver:</b> reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.	<b>Econômico:</b> aquisição de folhetos explicativos. <b>Político:</b> mobilização social e intersetorial.	Secretário Municipal de Saúde.	Indiferente.	Apresentar projeto.
<b>Central saúde:</b> melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos.	<b>Econômico:</b> aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas. <b>Político:</b> aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos. Capacitação dos profissionais.	Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal.	Indiferentes.	Apresentar projeto.

Fontes: autoria própria.

## 6.7 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias, ou seja, determinar o cronograma de execução da proposta de trabalho. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O Quadro 5 define a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

**Quadro 05: Plano operativo para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São Lucas na cidade de Uberlândia – Minas Gerais**

Operação	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<b>Vida saudável:</b> adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos.	Redução do alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade, sobrepeso e sedentarismo.	Orientações e informações nos grupos de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.	Apresentação de projeto.	Programa Saúde da Família.	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades.
<b>Conhecer para melhor viver:</b> reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.	Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.	Apresentação de projeto.	Programa Saúde da Família.	03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades.
<b>Central saúde:</b> melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos.	Garantia de mais assistência médica e farmacêutica.	Aquisição e estocagem de medicamentos, compra de exames específicos, consultas com especialistas, profissionais mais capacitados.	Apresentação de projeto.	Programa Saúde da Família.	Três meses para apresentação de projeto, seis meses para aprovação e liberação dos recursos para compra de medicamentos.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica vem sendo cada mais um risco a população em geral. São muitos os prejuízos desta doença que aos extremos podem levar a morte. Com base no discutido neste projeto chega-se ao consenso, com toda a literatura disponível, de que se deve possibilitar à população incentivos à promoção da saúde e à modificação do estilo de vida, buscando desta forma reduzir o quanto for possível fatores de risco tais como: hábito de beber e fumar, estresse em excesso, uso exagerado de sal e gordura na alimentação, obesidade, sobrepeso e sedentarismo.

Sobretudo é necessário por em prática o conceito de empoderamento que, para além da dimensão política inerente ao termo, poderá proporcionar ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilidades de entender e compreender o que de fato é a hipertensão arterial sistema e como preveni-la. De igual modo, os profissionais de saúde necessitam de uma maior e efetiva participação dos familiares na vida do paciente hipertenso, que deve fazer uso correto dos medicamentos prescritos, eliminando, por consequência, as recaídas decorrentes da baixa adesão ao tratamento da doença.

Desta forma, acredita-se que a presente proposta de intervenção será de grande utilidade, uma vez que, de forma não invasiva propõe acessar os pacientes e familiares para que estes possam se inteirar da doença e aprender a realizar um cuidado continuado em seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D. V. ; FELIX, L. G.; SILVA, I. C. ; SILVEIRA, M. F. A. . **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da Atenção à Saúde.** Campo Grande, 2007. Disponível em:  
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/1707/1415>. Acesso em: 10 out. 2015
- BLASCO, P. G. et al. . **Princípios da medicina de família.** São Paulo: Sombramfa, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4ª Edição. Brasília: MS; 2010. Disponível em: [http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf) - Acesso em:
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. . **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010
- CARVALHO, A. M. ; SOUZA, R. A. . Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *In: Estudos de Psicologia.* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf> Acesso em: 15 Out. 2015
- CONILL, E. M. . Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *In: Caderno de Saúde Pública.* Vol. 24. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/02.pdf> Acesso em: 10 Out. 2015
- COSTA, S. C., FIGUEIREDO, M. R. B., SCHAURICH D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 571-580. <Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_arttext) Acesso em 13 out. 2014.
- COTTA, R.M.M. *et al.*. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciênc Saúde Coletiva.** 2013;18(1):171-9. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100018&script=sci_arttext)  
 Acesso em: 13 out.2014.
- DIAS, M. A. S. . **Plano de intervenção para redução dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe de PSF Hermes Veríssimo-Janaúba-MG.** Montes Claros: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4277.pdf> Acesso em: 15 Out. 2015
- MARCONDES, E.. A conferência de Alma-Ata e as Ações Básicas de Saúde. *In: Pediatria na Atenção Primária.* São Paulo: Savier, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)>. Acesso em 20 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** Cadernos de Atenção Básica nº 15 – Brasília, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab15>. Acesso em: 3 nov. 2015.

MONGIOVI, V. G., ANJOS, R. C. C. B. L., SOARES, S. B. H., LAGO-FALCÃO, T. M. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.** vol.67 no.2 Brasília Mar./Apr. 2014 <Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030687021.pdf> Acesso em: 13 out.

2014.PARK, I. U.; TAYLOR, A. L. **Race and Ethnicity in Trials of Antihypertensive Therapy to Prevent Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2000316/>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

PORTO, C. C. . **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.547-553, 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/0104-1169.3345.2450. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2015.

RIEG, D. L. ; ARAÚJO FILHO, T. . O uso das metodologias “planejamento estratégico situacional” e “mapeamento cognitivo” em uma situação concreta: o caso da Pró-reitoria de Extensão da UFSCar. **Gestão & Produção**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.163-179, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v9n2/a05v09n2.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

RIOS I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.** vol.33 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013). Acesso em : 8 out. 2014.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: A Construção de um novo modelo de Assistência**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ROTHER, ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enf** 2007;20(2): v-vi Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf> Acesso em: 17 Out. 2015

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde.. Atenção à saúde do adulto. *In*: **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas\\_cuidado\\_hipertensao\\_diabetes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf) Acesso em: 10 Out. 2015

SILVA A. M., SÁ, M. C., MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde soc.** vol.22 no.3 São Paulo July/Sept. 2013 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000300017&script=sci_arttext) Acesso em: 13 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos de Cardiologia. 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf) Acesso em: 09 Out. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular.** Vol. 101, nº 6, Supl. 2. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz\\_Prevencao\\_Cardiovascular.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf) Acesso em: 09 out. 2015

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, 8(2):11-48, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf> Acesso em: 09 out. 2015