

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARCIANA SERAFIM DA SILVA DOS SANTOS**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O INCENTIVO À ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA OURICURI, DO MUNICÍPIO DE ATALAIA – AL**

MACEIÓ  
2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARCIANA SERAFIM DA SILVA DOS SANTOS**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O INCENTIVO À ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA OURICURI, DO MUNICÍPIO DE ATALAIA – AL**

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

Orientadora: Profa. Ms. Alcione Bastos Rodrigues

MACEIÓ

2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARCIANA SERAFIM DA SILVA DOS SANTOS**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O INCENTIVO À ADESÃO AO  
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA OURICURI, DO MUNICÍPIO DE ATALAIA – AL**

**Banca Examinadora:**

Profa. Ms. Alcione Bastos Rodrigues - Orientadora

Profa. Ms. Fernanda Magalhães Duarte Rocha - Avaliadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de janeiro de 2017

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tema escolhido a ser tratado neste trabalho, é uma doença crônica, na maioria das vezes assintomática. A baixa adesão ou abandono ao tratamento de pessoas hipertensas se contrapõe à elevada quantidade e frequência de pacientes com descontrole dos níveis pressóricos, que foi detectado na Unidade de Saúde da Família Ouricuri, do município de Atalaia, AL. Dentre os pacientes hipertensos, foi observado um alto índice de abandono do tratamento, muitas vezes por falta de conhecimento sobre as consequências danosas da HAS à saúde, formas de tratamento, prevenção e controle da doença. Também, a maioria das pessoas hipertensas desconhece a possibilidade de buscarem atendimento na Unidade Básica de Saúde antes de se dirigirem aos serviços de emergência do município. A partir da implementação de proposta de intervenção na Unidade de Saúde da Família Ouricuri, do município de Atalaia, AL, com visitas domiciliares, palestras e orientações sobre o uso correto de medicamentos anti-hipertensivo durante as consultas, especialmente no Hiperdia, pode-se favorecer a conscientização dos hipertensos sobre a necessidade de adesão ao tratamento, com o consequente controle e prevenção da doença.

Palavras-chave: Pressão arterial alta. Atendimento. Adesão ao tratamento.

## **ABSTRACT**

Systemic Arterial Hypertension (SAH), the chosen theme to be treated in this study, is a chronic, mostly asymptomatic, disease. The low adherence or withdrawal to the treatment of hypertensive people is countered by the high number and frequency of patients with uncontrolled blood pressure levels, which was detected at the Ouricuri Family Health Unit, in the city of Atalaia, AL. Among the hypertensive patients, a high rate of treatment abandonment was observed, often due to a lack of knowledge about the harmful consequences of hypertension on health, forms of treatment, prevention and control of the disease. Also, most hypertensive people are unaware of the possibility of seeking care in the Basic Health Unit before they go to the emergency services of the municipality. From the implementation of an intervention proposal at the Ouricuri Family Health Unit in the city of Atalaia, AL, with home visits, lectures and guidelines on the correct use of antihypertensive medications during consultations, especially at Hiperdia, one can promote the awareness of hypertension about the need for treatment adherence, with the consequent control and prevention of the disease.

Key words: Systemic arterial hypertension. Attendance. Adherence to treatment.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 – População total por gênero, rural e urbana e taxa de urbanização no município de Atalaia – AL, 2010.....</b>	<b>8</b>
<b>Quadro 2 – Características da população adscrita ao PSF Ouricuri em Atalaia – AL, 2015.....</b>	<b>12</b>
<b>Quadro 3 – Classificação dos problemas pela ordem de prioridade no PSF Ouricuri, Município de Atalaia – AL, 2016 .....</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 4 – Proposta de operações para resolução dos nós críticos. PSF Ouricuri. Município de Atalaia – AL, 2016 .....</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 5 – Recursos críticos identificados. PSF Ouricuri. Município de Atalaia – AL, 2016.....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 6 – Propostas de ações para a motivação dos atores. PSF Ouricuri, Atalaia – AL, 2016.....</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 7 – Plano Operativo. PSF Ouricuri, Atalaia – AL, 2016 .....</b>	<b>33</b>
<b>Quadro 8 – Planilha de acompanhamento e gestão de operação/projeto. PSF Ouricuri, Atalaia – AL, 2016 .....</b>	<b>36</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1.1 Histórico e descrição do município</b> .....	7
<b>1.2 Diagnóstico situacional</b> .....	8
<b>1.3 Sistema local de saúde</b> .....	10
<b>1.4 Unidade de Saúde da Família Ouricuri</b> .....	11
<b>1.5 Contextualização do problema</b> .....	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	15
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	15
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>5.1 Aspectos gerais da Hipertensão Arterial Sistêmica</b> .....	17
<b>5.2 Intervenção educativa no controle da Hipertensão Arterial</b> .....	20
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	23
<b>6.1 Identificação do problema</b> .....	23
<b>6.2 Priorização do problema</b> .....	24
<b>6.3 Descrição do problema</b> .....	24
<b>6.4 Causas da não adesão ao tratamento</b> .....	25
<b>6.5 Nós críticos</b> .....	26
<b>6.6 Identificação dos recursos críticos</b> .....	31
<b>6.7 Análise de viabilidade da proposta de intervenção</b> .....	31
<b>6.8 Plano operativo</b> .....	33
<b>6.9 Gestão e avaliação da proposta de intervenção</b> .....	35
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	38
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

Atalaia, tradicional cidade alagoana localiza-se a 48 km de Maceió, capital do Estado de Alagoas. Limita-se a norte com os municípios de Cajueiro, Capela e Murici, a sul com Pilar e Boca da Mata, a leste com Rio Largo e Pilar e a oeste com Pindoba e Maribondo. Possui uma população estimada de 47.298 habitantes (IBGE, 2015). Consta de 21.928 famílias residentes em domicílios particulares na área rural e 2.231 famílias residentes em domicílios particulares na área urbana

Distrito criado anteriormente a 1762 com a denominação de Atalaia dos Palmares foi elevado à categoria de vila com a denominação de Atalaia, entre os anos de 1762 e 1765. Em 15 de março de 1891 foi elevada à condição de município, pelo decreto estadual nº 88. Em divisão territorial datada de 01 de julho de 1960, permanecendo em 2007 como município, constituído pelos distritos de Atalaia e Sapucaia (IBGE, 2014).

### 1.1 Histórico e descrição do município

O município de Atalaia recebeu essa denominação por ter sido o local onde se travaram as lutas contra os habitantes do Quilombo dos Palmares que, de acordo com vários historiadores, ficavam de "atalaia" à espera das tropas inimigas. Outros ainda afirmam que foi uma homenagem feita pelo Rei de Portugal ao Visconde de Atalaia. O início do povoado vem do século XVII, época dos Quilombos, quando então se chamava Arraial dos Palmares.

A história do povoado foi marcada, além do episódio da destruição do Quilombo dos Palmares, também pela instalação da primeira usina de açúcar do Alagoas, a Usina Brasileiro, que à época era uma das maiores do Brasil.

A região foi desbrava pelo bandeirante Domingos Jorge Velho, que abria caminhos através das matas para que as tropas do governo pudessem se locomover durante o combate ao quilombo dos Palmares. Com o encerramento das lutas, foram distribuídas sesmarias aos vencedores, cabendo parte delas a Domingos Jorge Velho. A primeira igreja erguida no povoado de Atalaia foi em homenagem a Nossa Senhora das Brotas. O povoado prosperou durante um longo período, mas as lutas políticas acabaram por afugentar os habitantes, o que acabou por enfraquecer o seu prestígio do ponto de vista econômico (IBGE, 2016).



Atalaia foi o quarto núcleo de povoamento de Alagoas, e o município é considerado cidade-mãe dos municípios de União dos Palmares, Cajueiro, Capela, Pindoba, Chã Preta Viçosa e Murici. O Museu do Banguê, onde são colecionadas antigas e interessantes peças de engenhos, é uma das principais referências no roteiro turístico e cultural de Atalaia.

Tendo como principal fonte econômica a cultura e comercialização do tradicional pitu, camarão de água doce, muito apreciado na culinária alagoana, em Atalaia também se desenvolvem festividades culturais tradicionais dessa região, como as cavalhadas e vaquejadas, que são apresentadas nos parques Graziela Thianny e Vicente Basílio. Outra festividade, e que é a marca pessoal de Atalaia, é a festa de Nossa Senhora das Brotas, comemorada a 2 de fevereiro, além dos tradicionais bailes do Centro Social Atalaiense (ALAGOAS, s.d)

## 1.2 Diagnóstico situacional

Com uma área territorial de 534,022 km<sup>2</sup>, o município de Atalaia registrava, em 2010, uma densidade demográfica de 83,82 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo que a taxa de crescimento anual entre os anos de 2000 a 2010 foi de 9,44% (IBGE, 2016).

Nas últimas décadas a taxa de urbanização do município foi de 36,97%, com uma distribuição bastante semelhante entre o número de habitantes que residem na zona rural e dos que residem na zona urbana. O quadro a seguir apresenta a taxa de urbanização do município em 2010, levando-se em consideração o gênero.

**Quadro 1 – População total por gênero, rural e urbana e taxa de urbanização no município de Atalaia – AL, 2010.**

População	População em 2010	Percentual em 2010
População total	44.322	100,00 %
Homem	22.209	50,11 %
Mulheres	22.113	49,89 %
Urbana	22.457	50,67 %
Rural	21.865	49,33 %
Taxa de urbanização		50,67 %

**Fonte: Pnud, Ipea e FJP. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil; 2013 (adaptado).**

O Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDH-M), levantado pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil em 2013 situou Atalaia no nível entre 0,5 e 0,561 dentro da escala que vai de 0,000 a 1,000. São considerados os indicadores de longevidade – saúde –, renda e educação para os municípios do país. Mesmo que o IDH-M de Atalaia tenha apresentado uma elevação entre os anos de 1991 e 2010, o nível atual ainda é considerado baixo e coloca o município em 4.697º lugar em relação aos demais municípios do país. O quesito Educação foi o que mais evoluiu seguido pelos quesitos longevidade e renda, respectivamente (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

O crescimento apresentado no IDH do município, no que se refere à educação, que em 1991 indicava o índice de 0,084, em 2010 apresentou índice de 0,431, diferença esta que representa uma evolução de 0,347 pontos, o que coloca Atalaia em 57º lugar em relação aos demais municípios do Estado de Alagoas.

Em Atalaia, a esperança de vida ao nascer aumentou 7,2 anos nas últimas duas décadas, passando de 62,9 anos em 1991 para 67,1 anos em 2000, e para 70,1 anos em 2010. Nesta década, a esperança de vida ao nascer média para o Estado de Alagoas era de 70,3 anos e, para o país, de 73,9 anos.

A renda per capita média em Atalaia cresceu 99,57% nas últimas duas décadas, passando de R\$118,92 em 1991 para R\$152,85 em 2000 e R\$237,33 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 28,53% no primeiro período e, 55,27% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais em 2010) reduziu de 43,43% em 1991 para 36,62% em 2000 e para 16,39% em 2010.

Na primeira década de 2000, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual desta população que era economicamente ativa) passou de 53,63% em 2000 para 47,02% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 20,55% em 2000 para 14,84% em 2010.

No aspecto socioeconômico as principais atividades desenvolvidas pelo município, de acordo com o IBGE (2016), se relacionam a agricultura que consiste no cultivo de algodão herbáceo, banana, abacaxi, cacau, goiaba, coco-da-baía, café arábica em grão, caju, castanha de caju, abacate, azeitona, borracha (látex coagulado). Além disso, de acordo com o IBGE (idem), a atividade pecuária é contabilizada de acordo com a quantidade de bovinos, caprinos, equinos, frangos,

leite, ovos, vacas ordenhadas e camarão. Destaca-se também a migração para cidades mais prósperas como Arapiraca, Maceió, Sergipe, Recife entre outras.

Outros recursos que se destacam em Atalaia incluem a área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, Serviço Médico de Urgência (SAMU) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); escolas, creches, agências bancárias, igrejas; serviços como luz elétrica, telefonia e correios.

Em relação ao abastecimento de água dados de 2013 apontam que 61,68% dos domicílios recebiam água tratada da rede geral de abastecimento, dos demais domicílios 35,77% utilizavam o abastecimento por poço ou nascente e 2,55% se abasteciam por outros meios.

No mesmo período a rede de coleta de esgoto sanitário cobria 15,50% dos domicílios. Dos demais domicílios 70,87% utilizam esgoto por fossa e o restante, 13,63% utilizam o esgoto a céu aberto. Estes dados são levantados através do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) que faz o cadastro das famílias brasileiras a partir dos dados levantados pelas Equipes de Saúde da Família e pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Pelos dados registrados é possível comparar a situação de cada município em relação a situação nacional no que se refere ao saneamento básico e condições das moradias das famílias (DEEPASK; 2015).

### **1.3 Sistema local de Saúde**

O município possui em funcionamento um Conselho Municipal de Saúde, que consta com aproximadamente 12 membros, oriundos das áreas da gestão do município, dos trabalhadores da saúde e dos usuários, de associações e igrejas. As reuniões ordinárias são realizadas mensalmente na Secretaria de Saúde do município com o objetivo de discutir a política de saúde e ações a serem implementadas, deliberando através de Resoluções ou Recomendações.

Os recursos para atenção à saúde constam de 15 Unidades Básicas de Saúde e uma unidade básica de apoio – construída por decisão judicial devido à expansão populacional no município –, um hospital com atendimentos ambulatoriais e hospitalares, com leitos de clínica pediátrica, de clínica obstétrica e de clínica médica; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um Centro de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); 17

unidades odontológicas, uma unidade de Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU) e a Secretaria Municipal de Saúde, com os serviços de Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde. As 15 Unidades Básicas de Saúde, cinco localizadas na zona urbana e 10 localizadas na zona rural, estão sob a gestão e gerência municipal e apenas a Unidade SAMU está sob a gestão estadual. (ALAGOAS, 2015).

Como referência de média e alta complexidade, o município conta com unidades de saúde de Maceió e Viçosa. A contra referência tem ocorrido de forma satisfatória.

Para o transporte dos pacientes até o hospital local o município possui ambulância, ônibus, vans e outros veículos que também são utilizados para transportar os pacientes aos locais de referência de média e alta complexidade ou para fazer exames, consultas e hemodiálise em Maceió.

#### **1.4 Unidade de Saúde da Família Ouricuri**

A Unidade de Saúde da Família Ouricuri, para a qual se destina a presente proposta de intervenção, está localizada em Povoado Ouricuri, zona rural do município de Atalaia, que abrange 21 fazendas e quatro assentamentos a saber: Milton Santos, Joelson Meoquides, São Pedro e São João.

Sobre a instalação da Unidade Saúde da Família Ouricuri, segundo relato dos moradores, o povoado de Ouricuri foi fundado há aproximadamente 40 anos pela família Lira. No local onde está sediada a Unidade de Saúde da Família, a princípio funcionava um bar, que posteriormente passou a ser Posto de Saúde, contando com o trabalho de duas parteiras. Na década de 1990, a família Lira perdeu todos os seus bens passando, assim, o Posto de Saúde à responsabilidade da prefeitura do município. Em 1997 recebeu o nome de Ouricuri e posteriormente foi chamado de Maria José da Conceição Oliveira, tendo sido adequado para atendimento à demanda da população (Informação verbal).

A população adscrita à área de abrangência da Unidade de Saúde é de 3.556 moradores, dentre os quais predominam as mulheres. Estima-se que existam 858 famílias (BRASIL, 2015).

As características da população estão apresentadas no quadro 2.

**Quadro 2 – Características da população adscrita ao PSF Ouricuri em Atalaia – AL, 2015.**

<b>Características</b>	<b>Número de habitantes</b>
População adscrita ao PSF Ouricuri	3556
Pessoas de 15 ou mais anos	1900
Mulheres de 10 a 59 anos	1600
Gestantes	26
Crianças menores de 1 ano acompanhadas	40
Crianças menores de 2 anos acompanhadas	78
Crianças menores de 1 ano acompanhadas	15
Crianças menores de 6 meses acompanhada	24
Hipertensos do território	226

**Fonte: BRASIL. Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) 2015.**

A maioria da população vive basicamente da agricultura com plantações de feijão, mandioca, milho e da criação de gado, cabra, galinha, da prestação de serviços e da economia informal. É elevado o número de desempregados e alguns moradores trabalham no posto de saúde, nas escolas e na creche como funcionários pela prefeitura. Aproximadamente 50% famílias estão cadastradas no Programa Bolsa Família.

A estrutura de saneamento básico deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, abastecimento e tratamento da água em domicílio, que são ineficientes. Tal fato acarreta grande número de casos de gastroenterite e doenças parasitárias principalmente em épocas de chuva.

Grande parte da população vive em casas de tijolos, das quais 40% com fossa a céu aberto. O lixo é queimado ou enterrado. A população conta com energia elétrica.

Na Unidade de Saúde da Família Ouricuri são realizados os seguintes procedimentos: atendimento agendado e espontâneo, atendimento de emergência, vacinação, exames pré-natal, curativos, atendimento ao puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. São também realizadas consultas aos pacientes hipertensos e diabéticos e às mulheres que fazem uso de anticoncepcional. Incluem ainda a realização de exames

citológicos além das visitas domiciliares aos pacientes acamados. A equipe ainda apresenta dificuldades para o acesso aos serviços especializados e a contra referência não é satisfatória.

Para melhor organizar o trabalho e para atender o melhor possível a população as consultas são agendadas. A grande distância entre as microáreas muitas vezes dificulta a ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se responsabilizam por aproximadamente 150 famílias cada um.

O horário de funcionamento do PSF Ouricuri é de 08h às 15h, de segunda à sexta feira. As reuniões com a população são desenvolvidas na sala de reuniões do posto e outras vezes são realizadas reuniões com a equipe na Secretaria de Saúde.

A equipe é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 7 ACS, 1 auxiliar administrativo, 2 auxiliares de limpeza, 1 dentista, e 1 auxiliar de saúde bucal e 1 arquivista.

### **1.5 Contextualização do problema**

Ao iniciar nossas atividades no PSF Ouricuri no município de Atalaia – AL, como médica do Programa Mais Médicos para o Brasil, em 02 de julho de 2015, identificamos como problema de grande preocupação a baixa adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso e aos cuidados orientados para o controle da hipertensão. Essa situação tem se mostrado bem mais frequente entre os idosos. Identificou-se na comunidade de Ouricuri a existência de, aproximadamente, 6,4% de moradores da área de abrangência da UBS sofrem de HAS (BRASIL, 2015).

Grande parte dos pacientes procuram os serviços de urgência com frequência, devido principalmente ao descontrole da pressão arterial. Esses pacientes são orientados a procurar seu PSF para avaliação e acompanhamento. Todavia, constata-se que parte dessa parcela da população não usa as medicações como prescritas. Ou seja, muitos pacientes tomam a medicação somente quando se sentem mal; outros somente quando sabem que vão precisar nos momentos de estresse; e por fim, aqueles que dizem não sofrer de HAS.

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, representando um dos grandes problemas de saúde pública em todo o mundo. É uma doença que tem alta prevalência e baixa taxa de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, a hipertensão arterial atinge aproximadamente 25% da população, principalmente às pessoas idosas, chegando a ultrapassar em 50% o número de hipertensos nesta faixa etária. Estudos comprovam que a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (Ibidem).

Identificou-se que na área de abrangência do PSF Ouricuri, do município de Atalaia – AL, um total de 6,4% dos moradores da área de abrangência sofrem de HAS. Também, no PSF Ouricuri existe uma grande demanda de consultas por usuários com descontrole da pressão arterial. Esses pacientes, geralmente com orientação para acompanhamento médico, indicação para uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivo e modificações no estilo de vida, não seguem as orientações nem fazem uso da medicação prescrita de maneira adequada.

Levando-se em consideração as características e a quantificação do problema priorizado no PSF Ouricuri, justifica-se a elaboração de um projeto de intervenção que possibilite identificar os motivos da não adesão ao tratamento da HAS. E que possibilite também motivar os pacientes para o uso correto da medicação anti-hipertensiva.

### **3 OBJETIVOS**

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar Proposta de Intervenção com vistas a incentivar a adesão ao tratamento e diminuir o número de pacientes hipertensos no âmbito do PSF Ouricuri, do município de Atalaia – AL.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Elaborar um plano de ação com o objetivo solucionar os problemas identificados no PSF Ouricuri, do município de Atalaia – AL;
- Estabelecer prioridades para ações que visam sanar os problemas identificados;
- Implementar plano operativo com vistas a solucionar e monitorar ações de combate aos problemas detectados no âmbito do PSF Ouricuri, do município de Atalaia – AL.



## 4 METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção baseou-se nas orientações apresentadas na Seção 3 – Elaboração do plano de ação do Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), sobre a elaboração do plano de intervenção a partir de um problema diagnosticado.

A partir dos descritores relacionados à Hipertensão Arterial (BRASIL, 2014), foram utilizados os registros apresentados no diagnóstico situacional e nos dados extraídos do levantamento dos problemas detectados e relacionados à população adscrita e das observações feitas pela pesquisadora.

Como instrumentos e registros para a elaboração da proposta de intervenção, foram utilizados conhecimentos adquiridos nos estudos da Unidade I, modulo III, oferecidos durante o Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, sobre os métodos de elaboração do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), diagnóstico situacional e construção de plano de ação para o enfrentamento de problemas priorizados (PAZ et al., 2013), evidenciando sua importância na urgência e capacidade para o enfrentamento do problema.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Aspectos gerais da Hipertensão Arterial Sistêmica

Considerada uma doença grave e um problema de saúde pública, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge a todos os estratos sociais, sejam eles relacionados a questões sociais ou econômicas (CARRIJO; OLIVEIRA, 2014).

De acordo com Borges, Cruz e Moura (2008) suas causas estão relacionadas a múltiplas origens, como estilos de vida inadequados, tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade ou excesso de peso e outros.

Para Radovanovic et al. (2014, p. 548), dentre as Doenças Cardiovasculares (DCV), a HAS “[...] constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial”.

Ainda segundo os autores, em 2000 o percentual da população mundial acometida dessa doença chegou a 25%, com previsão de que até 2025 atinja o patamar de 29%. No Brasil, estudos realizados por Cesarino et al. (2008) e Rosário (2009), os índices variam entre 22,3% e 43,9% (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

Segundo Nascente *et al.* (2010), verificou-se, a partir de estudos epidemiológicos, que existe uma identificação positiva da associação da HAS com o consumo de álcool, ingestão inadequada de sódio, diabetes, obesidade, sedentarismo e também estresse. Essa diversidade de fatores, e por ser a hipertensão uma doença silenciosa e lenta, dificulta maior atenção e controle por parte dos pacientes, acarretando com isso risco de desenvolver outras doenças.

A HAS quando não controlada pode trazer diversos riscos à saúde do indivíduo. Dessa forma seu controle se faz necessário e pode acontecer por meio da mudança de hábitos de vida, que muitas vezes deixa de ser realizado por falta de compromisso do paciente e de seus familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A hipertensão atinge, em sua maioria, adultos e idosos que precisam de atendimento especializado e acompanhamento constante da pressão arterial, para que se possa evitar complicações. O paciente hipertenso pode viver com qualidade se obtiver certo controle sobre a elevação de sua pressão arterial (BENTO; RIBEIRO; GALATO, 2008). Observa-se um aumento considerável no número de

pessoas com HAS que sofrem complicações cardiovasculares, muitas vezes redundando em óbito (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

Essas complicações poderiam ser evitadas a partir da mudança de hábitos de vida da pessoa hipertensa, possibilitando que viva com melhor qualidade, e com isso protegendo sua saúde. Muitos desses hipertensos chegam a realizar o tratamento, porém o realizam de forma inadequada (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

Para que o paciente hipertenso controle sua pressão e evite complicações da doença é necessário que siga de forma correta algumas recomendações dos profissionais de saúde, como realização de exercícios físicos diários, ingestão de dieta hipossódica, diminuição de frituras e refrigerantes, além da verificação diária da pressão arterial e, caso necessário, uso da medicação (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999).

Conforme Rezende (1998) para o controle de uma doença crônica é necessário adaptação da pessoa a mudanças na sua rotina de vida, o que implica no ajustamento de sua condição de doente. O portador de hipertensão arterial deve se conscientizar de sua situação de doente e ir se adaptando aos poucos às mudanças em sua vida. É necessário um autocontrole para abdicar de certos hábitos, principalmente aqueles que fazem parte de sua rotina alimentar.

Observamos em nossa prática diária que os pacientes que possuem melhor escolaridade e uma condição social melhor têm mais consciência sobre sua doença e procuram seguir as orientações recomendadas, ao contrário daqueles que são desprovidos destas condições. Pierin *et al.* (2000, p.58) afirmam que:

Na hipertensão [...] sabe-se que há maior adesão entre os mais educados e de melhor escolaridade, pois aceitam as medidas de promoção e proteção à saúde mais facilmente. Para aderir às orientações desse porte é necessário um bom nível de escolaridade e renda, um adequado conhecimento da doença e rigorosa autodisciplina do paciente.

Neste sentido, é importante que os pacientes hipertensos, principalmente os de menor renda, participem de ações e programas sociais que estimulem mudanças de hábitos de vida, visto que muitas vezes não possuem conhecimento sobre os riscos da hipertensão arterial, e desconhecem o que fazer para o controle da doença. Neste caso, os programas e ações devem se adequar à realidade dos sujeitos com o intuito de diminuir o número de complicações e óbitos provocados

pela hipertensão em decorrência do controle inadequado (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012; OLIVEIRA *et al*, 2013).

Para Santos e Lima (2008), em muitos casos, a hipertensão não apresenta nenhum sinal ou sintoma levando o paciente a acreditar que está tudo bem com ele e não se preocupar com o controle da doença, fato que pode contribuir para o aparecimento de complicações. Segundo os autores:

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS; LIMA, 2008, p. 91).

Afirmam ainda que a prevenção da HAS envolve a adesão das pessoas acometidas pela doença, a partir de sua conscientização sobre a necessidade da mudança de hábitos. Porém essa mudança ocorre muito lentamente, em um processo que deve ser promovido de forma individualizada, em colaboração com instituições e profissionais envolvidos, através de estratégias educativas que possa trazer transformações que sejam mantidas por longo do tempo (SANTOS; LIMA, 2008).

De acordo com Péres, Magna e Viana (2003) uma das mais importantes dificuldades identificadas no atendimento aos pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento, o qual inclui a utilização de medicamentos e a modificação de hábitos de vida. Como não apresenta sinais e sintomas da doença, o paciente não dá devida importância ao tratamento não verificando sua pressão de forma rotineira e se esquecendo de tomar diariamente a medicação. Só procura por atendimento médico no caso de queixas.

Como já apontado, a atividade física é uma das medidas importantes para controlar a pressão arterial. Porém, a maioria dos pacientes hipertensos apresenta resistência a esta prática, alegando falta de tempo, desmotivação, dentre outros (PÉRES, MAGNA e VIANA, 2003). Também Wagmacker e Pitanga (2007) afirmam que a inatividade física tem se tornado um fator determinante para ocorrência de mortes e doenças. Por outro lado, a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas. Atividades, como caminhada, andar de

bicicleta e corrida leve podem gerar grandes benefícios para a saúde do corpo como da mente, pois contribuem para diminuição do estresse, um dos fatores responsáveis pelo descontrole da pressão arterial.

De acordo com Zaitune *et al.* (2006, p. 286):

[...] intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física.

## 5.2 Intervenção educativa no controle da Hipertensão Arterial

A educação em saúde pública tem sido apontada como forma de incentivar a população acometida de HAS na adesão a tratamentos pelos quais seja possível o controle da hipertensão, tendo como resultado consequente o autocuidado e autocontrole no combate à doença, produzindo o avanço na qualidade de vida dessas pessoas.

Segundo Souza, Almeida e Baldissera (2012, p. 76):

A educação em saúde é um processo dinâmico que busca a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população. Ressalta-se que nesse processo as pessoas têm a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo, também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde.

No processo educativo não basta simplesmente ensinar o seguimento de normas para se combater uma doença ou ter mais qualidade de vida, mas é necessário haver um diálogo, um diagnóstico e ações compartilhadas para que se possa transformar uma determinada situação. A educação passa a ser, então, emancipatória, envolvendo a todos no processo e favorecendo a autonomia (SOUZA; ALMEIDA; BALDISSERA, 2012).

Segundo os autores acima, a educação em saúde deve se constituir num processo objetivo, dialógico e compartilhado, pelo qual se consiga os resultados pretendidos.

[...] para que o processo educativo seja eficaz é necessário se compreender que seu objetivo principal é dotar as pessoas de um senso crítico para a decisão livre e autônoma, sendo um processo ainda mais complexo quando envolve pessoas idosas (SOUZA; ALMEIDA; BALDISSERA, 2012 p.76).

Nesse sentido, Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010, p. 118) afirmam que:

A educação em saúde deve ser compreendida como uma proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como também, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico.

A intervenção educativa para os hipertensos além de trazer benefícios à saúde da pessoa, diminui os gastos do governo com tratamento e atendimentos hospitalares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A educação em saúde é imprescindível para pessoas acometidas por doenças crônicas, com vistas ao autocuidado, mudança dos hábitos e melhoria da qualidade de vida (MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013).

Para que uma intervenção educativa aconteça, primeiramente é necessário conhecer a realidade social e demográfica dos sujeitos, os recursos de saúde acessíveis, o território, dentre outros. No caso da hipertensão arterial, Ribeiro *et al.* (2011, p. 108) afirmam que:

[...] as práticas educativas, além de fornecerem informações necessárias a terapia anti-hipertensiva, devem estimular a autopercepção da doença e responsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, estimulando assim a autonomia.

Vale lembrar que a concepção pedagógica utilizada na intervenção educativa direcionada para hipertensão arterial, interfere diretamente na efetividade do aprendizado. Para Manoel, Marcon e Baldissera (2013, p. 407):

[...] a abordagem utilizada deve centrar-se nos problemas sentidos pela clientela, na promoção de sua autonomia, no material educativo adequado, no ambiente agradável e no tempo destinado à ação educativa, oportunizando a reflexão dos envolvidos sobre suas experiências, condições de vida, saúde e doença.

As intervenções educativas devem envolver setores da sociedade, pacientes, famílias e comunidade, visando criar uma cultura consciente sobre a necessidade da prevenção, do tratamento e do controle das doenças cardiovasculares, dentre elas a hipertensão arterial. Estas intervenções poderão ser realizadas por meio de oficinas, palestras, encontros, rede de ensino formal e informal, com o intuito de se trabalhar

hábitos de vida saudáveis, por sua vez garantir melhor qualidade de vida às pessoas (MATOS; FISZMAN, 2013).

Na concepção de Nascimento e Barbosa (2014, p. 18):

Essas atividades tornam-se importantes porque, ao construir conhecimentos relacionados à etiologia e à terapêutica da hipertensão arterial, propiciam aos sujeitos subsídios para realizarem um cuidado de si e, desse modo, serem protagonistas do seu tratamento. Os resultados permitem inferir a necessidade de criar as condições necessárias e permitir aos sujeitos o autocuidado. Para isso, recomenda-se uma abordagem pautada em pedagogias ativas, possibilitando uma prática educativa emancipatória e o empoderamento dos sujeitos portadores de HAS.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Iniciou-se a elaboração da proposta de intervenção pela identificação dos problemas, das causas e origens da baixa adesão ou abandono ao tratamento medicamentoso e aos cuidados orientados para o controle da hipertensão de pacientes atendidos no PSF Ouricuri, do município de Atalaia – AL.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), identificam-se os problemas. Entende-se por problema a insatisfação de um ator frente a realidade à qual se pretende modificar.

### **6.1 Identificação do problema**

A construção de um projeto de intervenção deve ser alicerçada no diagnóstico situacional que possibilita a identificação dos problemas para os quais se busca a solução. De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), cada plano de ação deve ser elaborado priorizando a solução de um dos problemas identificados.

A realização do diagnóstico situacional no PSF Ouricuri, no município de Atalaia – AL nos levou à identificação dos seguintes problemas:

1. A baixa adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso e aos cuidados orientados para o controle da hipertensão, o que ocorre mais frequentemente entre os idosos.
2. Alta incidência de Diabetes Mellitus.
3. Falta de saneamento básico em algumas áreas, trazendo como consequência a ocorrência de verminoses e outras doenças.
4. Baixo nível cultural, de hábitos de higiene e de qualidade alimentar da população.
5. Dificuldades na marcação de exames de diagnóstico laboratorial e por imagem e obtenção de resultados.

Os problemas identificados no diagnóstico situacional ora apresentado valida a proposta de intervenção para o PSF Ouricuri. Tem como prioridade somente um dos problemas identificados, que será implementado por meio de ações viáveis e de fácil aplicação, capazes de gerar resultados satisfatórios para a conscientização da população quanto à importância do controle da HAS e suas consequências.



## 6.2 Priorização do problema

Seguindo os critérios definidos pelos autores citados anteriormente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) os quais orientam a seleção dos problemas em uma ordem de prioridade a ser enfrentado, foi considerada a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrenta-lo, como exposto no quadro a seguir.

**Quadro 3 – Classificação dos problemas pela ordem de prioridade no PSF Ouricuri, Município de Atalaia – AL, 2016.**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
A baixa adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso e aos cuidados orientados para o controle da hipertensão, o que ocorre mais frequentemente entre os idosos.	alta	7	parcial	1
Alta incidência de Diabetes Mellitus.	alta	6	parcial	2
Falta de saneamento básico em algumas áreas, trazendo como consequência a ocorrência de verminoses e outras doenças.	alta	5	parcial	3
Baixo nível cultural, de hábitos de higiene e de qualidade alimentar da população.	alta	5		4
Dificuldades na marcação de exames de diagnóstico laboratorial e por imagem e obtenção de resultados.		5	parcial	5

## 6.3 Descrição do problema

Escolhemos o problema 1 e o organizamos na ordem de prioridades da lista de problemas porque nos chamou a atenção a quantidade de pacientes e a

frequência com que procuravam o serviço de urgência queixando-se de descontrole da pressão arterial. Notamos tal ocorrência porque a cada paciente atendido no serviço de urgência, o médico plantonista o orientava a procurar o seu Posto de Saúde para uma avaliação e um acompanhamento contínuo. No princípio atendíamos aqueles pacientes e os orientávamos a tomar sua medicação na hora certa e em quantidade certa, a fazerem exercício físico, usarem dieta hipossódica; e praticamente todos respondiam, numa mesma voz, que não tomavam todos os dias a medicação, mas somente quando se sentiam mal. Outros respondiam que só tomavam a medicação quando tinham um dia cheio e sabiam que, com certeza, a pressão ia subir; ou ainda simplesmente não a tomavam porque consideravam que não tinham a doença de pressão alta. Dentre os hipertensos alguns vivem só, o que dificulta a tomada da medicação no horário certo, por que se esquecem ou não sabem qual é o horário. Também os acamados e os analfabetos não tomam a medicação na hora certa nem na quantidade certa.

Existem também aqueles pacientes que mantêm a pressão arterial descontrolada mesmo com o tratamento regular. Vários fatores identificados nas visitas domiciliares e em consulta podem estar associados ao fato, estresse diário acentuado devido a dificuldades financeiras, emocionais e conflitos familiares. Mesmo acompanhadas psiquiátrico, pessoas com problemas de depressão e ansiedade podem apresentar dificuldades em manter a pressão arterial controlada.

#### **6.4 Causas da não adesão ao tratamento**

De acordo com Campos; Faria e Santos, (2010) a causa de um problema geralmente está relacionada a outro ou outros problemas. Nas consultas realizadas no PSF Ouricuri, especialmente nos pacientes hipertensos atendidos no Hiperdia, que acontece todas as terças feiras, identificamos várias situações que consideramos ser a causa geradora do problema em questão – A baixa adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso e aos cuidados orientados para o controle da hipertensão –, com mais frequência entre os idosos.

A relação de causas, apresentada a seguir representa os Nós Críticos do problema em questão:

- Falta de conhecimento sobre a doença;
- Não aceitação da doença;

- Automedicação.
- Estilo de vida inadequado;
- Pacientes com sobrepeso e obesidade;
- Erros nas prescrições de medicamentos para redução de HAS;
- Falta de medicamentos na farmácia do posto de saúde;
- Analfabetismo.

### **6.5 Nós críticos**

Nó crítico “[...] é um tipo de causa de um problema que, quando ‘atacada’ é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” (CAMPOS; FARIA E SANTOS; 2010, p. 63). Denota algo que está sob a governabilidade dos idealizadores do projeto que objetiva o enfrentamento desse problema.

Na presente Proposta de Intervenção as situações impactantes do problema são consideradas nós críticos que devem ser solucionados por meio de ações planejadas para serem implementadas.

**Quadro 4 – Proposta de operações para resolução dos nós críticos. PSF Ouricuri. Município de Atalaia – AL, 2016.**

Nó crítico	Operação /projeto	Resultados esperados		Recursos necessários
<p><b>Falta de conhecimento sobre a doença</b></p>	<p><b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação sobre HAS, bem como as medidas para prevenir e controlar a doença.</p>	<p>População mais informada.</p>	<p>Campanhas educativas sobre a HAS; distribuição de folhetos informativos sobre a doença.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema; elaboração e gestão de projeto instrucional.</p> <p><b>Político:</b> conseguir espaço na rádio local para divulgação da campanha; participação intersetorial.</p> <p><b>Econômico:</b> material impresso; equipamento audiovisual; palestras.</p>
<p><b>Não aceitação da doença</b></p>	<p><b>Saber +</b> Informar o paciente e seus familiares sobre a doença, explicando e orientando sobre os riscos de complicações e as possibilidades de controle.</p>	<p>Pacientes e familiares orientados sobre a HAS, seus riscos, consequências e formas de prevenção de suas complicações.</p>	<p>Atividades educativas, motivacionais e de orientação individual e em grupo.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema; estratégias de comunicação; dinâmica lúdica.</p> <p><b>Econômico:</b> material impresso que aborde o tema; material para dinâmica lúdica; palestras.</p> <p><b>Política:</b> organização intersetorial.</p>

<b>Automedicação</b>	<b>Saber +</b>  Orientar sobre a importância do seguimento correto da prescrição e as complicações decorrentes do não cumprimento do tratamento adequado.	Pacientes orientados quanto à importância do seguimento da prescrição.	Atividades educativas e de orientação quanto ao tratamento adequado.	<b>Cognitivo:</b> capacitação dos ACS para orientar os pacientes.  <b>Financeiro:</b> Material instrucional.  <b>Organizacional:</b> organização das ações entre os diversos profissionais.  <b>Político:</b> envolvimento dos profissionais e sensibilização dos gestores
<b>Estilo de vida inadequado</b>	<b>Viver melhor</b>  Modificar hábitos e estilo de vida.	Diminuição do tabagismo, hábitos alimentares mais saudáveis, adesão ao exercício físico.	Programa que estimule hábitos de vida saudável; Projeto caminhada orientada; Projeto exercícios físicos orientados, manhã no clube local.	<b>Organizacional:</b> programa orientado de exercícios físicos e mudança de hábitos alimentares.  <b>Financeiro:</b> distribuição de material impresso sobre o tema; contratação de educador físico.
<b>Pacientes com sobrepeso e obesidade</b>	<b>+ Saúde</b>  Aumentar número de pacientes participantes no programa de exercício físico.	Redução do peso corporal em 20% da população no período de 1 ano.	Programa exercício de manhã no clube local. (Caminhada, ginástica aeróbica). Oficina – alimentação saudável.	<b>Organizacional:</b> caminhadas, ginástica aeróbica; oficina para orientação sobre alimentação saudável.  <b>Político:</b> espaço para realização de atividades,

				divulgação do projeto; envolvimento interinstitucional.
<b>Erros nas prescrições de medicamentos para redução de HAS</b>	<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a qualidade do tratamento oferecido aos pacientes hipertensos.	Implantação do protocolo para tratamento da HAS segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.	Capacitação para médicos e demais profissionais de saúde do município de Atalaia – AL.	<b>Organizacional:</b> programa de capacitação sobre a HAS (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão). <b>Financeiro:</b> capacitar profissionais; material instrucional. <b>Político:</b> sensibilização dos gestores e profissionais; envolvimento intersetorial.
<b>Falta de medicamentos na farmácia do posto de saúde</b>	<b>Cuidar melhor</b> Promover ações para facilitar o acesso dos pacientes aos medicamentos.	Pacientes em uso regular de medicamentos; Programa “Farmácia Popular” implantado e funcionando adequadamente.	Inserção da comunidade em programas do Ministério da Saúde	<b>Financeiro:</b> oferecer gratuitamente os medicamentos. <b>Político:</b> envolvimento dos gestores; garantir a participação do município nos programas do MS; envolvimento intersetorial. <b>Organizacional:</b> potencializar a farmácia central.

<p><b>Analfabetismo</b></p>	<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Facilitar a comunicação com os pacientes e cuidadores analfabetos.</p>	<p>Pacientes e cuidadores orientados quanto ao uso correto dos medicamentos.</p>	<p>Organizar um método que facilite a identificação e demais orientações para uso correto dos medicamentos: desenhar na caixa do mesmo um sol, uma lua, ou outra forma de orientação, como o tamanho e a cor do medicamento.</p>	<p><b>Financeiro:</b> material instrucional.</p> <p><b>Organizacional:</b> organização das ações entre os diversos profissionais envolvidos.</p> <p><b>Político:</b> envolvimento dos profissionais e sensibilização dos gestores.</p>
-----------------------------	---	--	--	--

## 6.6 Identificação dos recursos críticos

Esta etapa tem como objetivo identificar os recursos críticos a serem utilizados em cada uma das operações. Recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução das operações. Na elaboração de um plano de ação é necessário ter bem claro quais são estes recursos e qual sua disponibilidade, para que a equipe executora possa estabelecer estratégias que permitam viabilizá-los.

O quadro 5 apresenta os recursos críticos identificados na presente proposta de intervenção, no âmbito do PSF Ouricuri, Atalaia – AL, em 2016.

**Quadro 5 – Recursos críticos identificados. PSF Ouricuri. Município de Atalaia – AL, 2016.**

<b>Operação/projeto</b>	
<b>Saber +</b>	Aumentar o nível de informação da população sobre fatores de risco para hipertensão arterial.
<b>+ Saúde</b>	Sensibilizar aos usuários hipertensos a mudanças nos hábitos e estilos de vida.
<b>Viver melhor</b>	Organizacional → mobilização social em torno das questões do Político → articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiro → financiamento do projeto.
<b>Cuidar melhor</b>	Orientar sobre a importância do acompanhamento ao tratamento.

## 6.7 Análise de viabilidade da proposta de intervenção

Nesta etapa são identificados os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação, analisada a motivação de cada um destes atores em relação com os objetivos pretendidos, bem como desenhadas as ações estratégicas necessárias para motivar os atores e construir a viabilidade da operação, conforme o que é apresentado no quadro 6 a seguir.



**Quadro 6 – Propostas de ações para a motivação dos atores. PSF Ouricuri, Atalaia – AL, 2016.**

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de informação sobre a HAS e as medidas para prevenção e controle;</p> <p>Convencer o paciente e seus familiares sobre a doença explicando e orientando sobre os riscos de complicações e as possibilidades de controle;</p> <p>Orientar sobre a importância do seguimento correto da prescrição e as complicações decorrentes do não cumprimento do tratamento adequado.</p>	<p>Político → conseguir o espaço na rádio local;</p> <p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos,</p> <p>Político → articulação com a Secretaria de Educação</p>	<p>Setor de comunicação social</p> <p>Secretário de Saúde</p> <p>Medicos</p> <p>ACS</p> <p>Enfermeira</p>	Favorável	<p>Apresentar a Proposta de Intervenção</p> <p>Buscar apoio das instituições municipais e locais</p> <p>Organizar reuniões com comunidade e equipe do PSF</p>
<p><b>Viver melhor</b></p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Político → conseguir o espaço na rádio local;</p> <p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;</p>	<p>Setor de comunicação social</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Organizar reuniões com comunidade e equipe do PSF</p> <p>Organizar encontros educativos sobre hábitos e estilo de vida saudáveis</p>
<p><b>+ Saúde</b></p> <p>Aumentar o número de</p>	<p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos</p>	<p>Setor de comunicação social</p> <p>Secretário de Saúde</p>	Favorável	<p>Apresentar a Proposta de Intervenção</p> <p>Organizar reuniões com</p>

pacientes atendidos no programa de exercício físico	educativos, Político → articulação com a Secretaria de Educação	Medicos ACS Enfermeira		comunidade e equipe do PSF
<b>Cuidar melhor</b>  Melhorar a qualidade do tratamento oferecido aos pacientes hipertensos;  Promover ações para facilitar o acesso aos medicamentos para os pacientes;  Facilitar a comunicação com os pacientes e cuidadores analfabetos.	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; financeiros → recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas	Prefeitura municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável	Apresentar a Proposta de Intervenção Organizar reuniões com comunidade e equipe do PSF Apresentar organograma de estruturação da rede

## 6.8 Plano operativo

Nesta etapa serão definidos os responsáveis ou gestores para cada uma das operações e também definidos os prazos, conforme apresentado no quadro abaixo:

**Quadro 7 – Plano Operativo. PSF Ouricuri, Atalaia – AL, 2016.**

Operação/projeto	Resultados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<b>Saber +</b>  Aumentar o nível de	População mais informada;  Pacientes e familiares orientados	Campanhas educativas sobre a HAS;	Médica	Fevereiro de 2016

<p>informação sobre a HAS e as medidas para prevenção e controle; Informar o paciente e seus familiares sobre a doença, explicando e orientando sobre os riscos de complicações e as possibilidades de controle;</p> <p>Orientar sobre a importância do seguimento correto da prescrição e as complicações decorrentes do não cumprimento do tratamento adequado.</p>	<p>sobre a HAS, seus riscos, consequências e formas de prevenção de suas complicações; Pacientes orientados quanto à importância do seguimento correto da prescrição dos medicamentos.</p>	<p>Distribuição de folhetos informativos sobre a doença; Atividades educativas, motivacionais e de orientação individual e em grupo.</p>	<p>Enfermeira Técnica de Enfermagem ACS</p>	
<p><b>Viver melhor</b></p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida.</p>	<p>Diminuição do tabagismo, hábitos alimentares mais saudáveis, adesão ao exercício físico.</p>	<p>Implementar programa que estimule hábitos de vida saudável;</p> <p>Projeto caminhada orientada;</p> <p>Projeto exercícios físicos orientados, manhã no clube local.</p>	<p>Médica Enfermeira Técnica de Enfermagem ACS</p>	<p>Apresentação do projeto: janeiro de 2016.</p> <p>Utilizar os protocolos: janeiro a junho de 2016.</p>
<p><b>+ Saúde</b></p> <p>Aumentar número de pacientes no programa de exercício físico.</p>	<p>Redução do peso corporal em 20% da população, no período de 1 ano.</p>	<p>Programa de exercícios físicos manhã no clube local. (Caminhada, ginástica aeróbica);</p>	<p>Nutricionista, educador físico, Médica</p>	<p>Permanente</p>

		Oficina: alimentação saudável.		
<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a qualidade do tratamento oferecido aos pacientes hipertensos;</p> <p>Promover ações para facilitar o acesso aos medicamentos para os pacientes;</p> <p>Facilitar a comunicação com os pacientes e cuidadores analfabetos.</p>	<p>Implantação do protocolo para tratamento da HAS segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão;</p> <p>Pacientes em uso regular de medicamentos;</p> <p>Programa “Farmácia Popular” implantado e funcionando adequadamente;</p> <p>Pacientes e cuidadores orientados quanto ao uso correto dos medicamentos.</p>	<p>Capacitação para médicos e demais profissionais de saúde do município de Atalaia – AL;</p> <p>Inserção da comunidade em programas do Ministério da Saúde;</p> <p>Organizar um método que facilite a identificação e demais orientações para uso correto dos medicamentos: desenhar na caixa do mesmo um sol, uma lua ou outra forma de orientação como, o tamanho e a cor do medicamento.</p>	<p>Secretaria municipal de saúde, médico, enfermeiro e ACS</p>	<p>Segundo semestre 2016.</p> <p>Primeiro e segundo semestres 2017.</p>

### 6.9 Gestão e avaliação da proposta de intervenção

Para o sucesso na realização de uma proposta de intervenção, é de fundamental importância o desenho de um sistema de gerenciamento que vá além da formulação qualificada dessa proposta e da garantia de que os recursos necessários para a sua execução sejam supridos adequadamente. Deve ser um sistema de gestão capaz de coordenar o acompanhamento e avaliação da execução das operações, identificando e indicando as correções necessárias, como apresentado no quadro 8.

**Quadro 8 – Planilha de acompanhamento e gestão de operação/projeto. PSF Ouricuri, Atalaia – AL, 2016.**

<b>Operação Saber + – Coordenador: Edja Maria – Avaliação após 1 mês do início do plano</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Campanhas educativas sobre a HAS	Medica, ACS, enfermeira e técnica de enfermagem	Permanente	Em execução		
Distribuição de folhetos informativos sobre a doença	Medica, ACS, enfermeira e técnica de enfermagem	2 meses	Ainda não iniciado	A falta de impressora para imprimir os folhetos foi solicitada na secretaria de saúde	2 meses
Atividades educativas, motivacionais e de orientação individual e em grupo	Medica, ACS, enfermeira e técnica de enfermagem	Permanente	Em execução		
<b>Operação Viver melhor – Coordenador: Edja Maria – Avaliação após 1 mês do início do plano</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Programa que estimule hábitos de vida saudável	Secretaria municipal de saúde, medico, enfermeiro e ACS	2 meses	Ainda não iniciado	O apoio de uma nutricionista na secretaria de saúde já foi solicitado	2 meses
Projeto caminhada orientada; Projeto exercícios físicos orientados, manhã no clube local	Secretaria de saúde	2 meses	Ainda não iniciado	O apoio de um educador físico foi solicitado na secretaria de saúde	2 meses
<b>Operação + Saúde – Coordenador: Edja Maria – Avaliação após 1 mês do início do plano</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>

Programa exercício de manhã no clube local. (Caminhada, ginástica aeróbica).	Educador físico	2 meses	Ainda não iniciado	O apoio de um educador físico foi solicitado na secretaria de saúde	2 meses
Oficina: alimentação saudável	Nutricionista	2 meses	Ainda não iniciado	O apoio de uma nutricionista na secretaria de saúde já foi solicitado	2 meses
<b>Operação Cuidar Melhor – Coordenador: Edja Maria – Avaliação após 1 mês do início do plano</b>					
<b>Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Capacitação para médicos e demais profissionais de saúde do município de Atalaia AL	Secretaria municipal de saúde	2 meses	Ainda não iniciado	A falta de planejamento para as ações educativas	2 meses
Inserção da comunidade em programas do Ministério da Saúde	Secretaria municipal de saúde	2 meses	Ainda não iniciado	Esperando resultado da secretaria de saúde	2 meses
Organizar um método que facilite a identificação e demais orientações para uso correto dos medicamentos: desenhar na caixa do mesmo um sol, uma lua ou outra forma de orientação como, o tamanho e a cor do medicamento.	Marciana Serafim		Em execução		

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao colocar em prática a proposta de intervenção ora apresentada, pretende-se agir intencionalmente, intervindo nos fatores que prejudicam a adesão e permanência ao tratamento medicamentoso e aos cuidados orientados para o controle da hipertensão da população atendida pelo PSF Ouricuri, no município de Atalaia – AL.

Compreende-se que os benefícios pelos resultados obtidos se estenderão a toda a equipe multidisciplinar de saúde, visto que as experiências adquiridas pela participação em reuniões e na atuação junto aos pacientes proporcionará, em contrapartida, o controle da pressão arterial diminuindo, assim, os riscos cardiovasculares devido à HAS, proporcionando uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Estado de Alagoas**. Cidades. Atalaia. [s.d]. Disponível em: <<http://www.estado-de-alagoas.com/atalaia.htm>>. Acesso em: 03 out. 2016.

ALAGOAS. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. Dados e informações. Perfil Municipal Atalaia 2015. **Perfil Municipal**, Maceió, AL, v. 3, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://dados.al.gov.br/dataset/addcb1c3-9869-4cd2-991d-e843d6155ee4/resource/eed3f934-2488-40ce-98ff-f8c2acfac346/download/perfilatalaia2015.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. **Perfil do Município de Atalaia,AL**. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/atalaia\\_al](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/atalaia_al)>. Acesso em: 17 out. 2016.

BENTO, Diana B.; RIBEIRO, Ivonete B.; GALATO, Dayani. Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de um município do sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. 194-198, 2008. Disponível em: <[http://rbfarma.org.br/files/134\\_pag\\_194a198\\_percepcao\\_pacientes.pdf](http://rbfarma.org.br/files/134_pag_194a198_percepcao_pacientes.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2016.

BORGES, Hilma P.; CRUZ, Nilma do C.; MOURA, Eryl C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, vol. 91, n. 2, p. 110-118, agosto 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a07.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. [online]. Brasília , 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 03 set. 2016.

BRASIL. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Atalaia, AL. 2015**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/atalaia-al/>>. Acesso em: 05 set. 2016.

CAMPOS, Francisco C. C. de; FARIA, Horácio P. de; SANTOS, Max A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2016.

CARRIJO, Danila; OLIVEIRA Cirlene Aparecida Hilário da Silva. Saúde pública: condicionantes sociais da hipertensão arterial sistêmica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 1., 2014, Franca. **Anais**...Franca, SP: SIPPEDS, UNESP, 2014. Disponível em:



<<http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/-planejamentoeanalisedepoliticaspUBLICAS/isippedes/danila-carrijo-e-cirlene-aparecida-hilario-silva-oliveira.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

DEEPASK. **Portal da transparência das cidades do Brasil**. Atalaia, AL. 2015.

Disponível em:

<<http://www.deepask.com/goes?page=atalaia/AL-Confira-os-indicadores-municipais-e-dados-demograficos-sociais-e-economicos-do-seu-municipio>>. Acesso em: 12 set. 2016.

FIGUEIREDO, Maria F. S.; RODRIGUES-NETO, João F.; LEITE, Máisa T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, Jan./Fev. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100019)>. Acesso em: 27 set. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Alagoas. Atalaia.

Histórico. 2016. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=270040>>. Acesso em: 03 out. 2016.

KOHLMANN Jr., Osvaldo *et al.* Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 3.

**Arquivos Brasileiros e Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, ago. 1999. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27301999000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004)>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MACHADO, Mariana C; PIRES, Cláudia G da S; LOBÃO, William M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde**

**Coletiva, Rio de Janeiro**, v.17, n. 5, p. 1365-1374, maio 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MANOEL, Maria F.; MARCON, Sonia S.; BALDISSERA, Vanessa D. A. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Revista*

*Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 403-408, jul/set. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

MATOS, Maria de Fátima D; FISZMAN, Roberto. Estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção de saúde. **Revista Brasileira de**

**Cardiologia**, Rio de Janeiro, p. 134-141, 2013. Disponível em:

<<http://www.rbconline.org.br/artigo/estrategias-de-prevencao-para-doencas-cardiovasculares-e-promocao-de-saude/>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

NASCENTE, Flávia M. N. *et al.* Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arquivos Brasileiros de**

**Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 4, p. 502-509, out 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n4/aop10910.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2016.

NASCIMENTO, Maria E. do; BARBOSA, Elane da S. Intervenções educativas

voltadas para o autocuidado do paciente com hipertensão arterial: uma revisão de

literatura. **Revista Interfaces da Saúde**, Aracati, CE, ano 1, n. 2, p. 9-20, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2015/10/11\\_Interfaces\\_2014\\_2.pdf](http://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2015/10/11_Interfaces_2014_2.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2016.

OLIVEIRA, Thatiane L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200012)>. Acesso em: 27 set. 2016.

PAZ, Ana A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. [online]. Brasília: UAB/UnB, 2013. Disponível em: <[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2016.

PÉRES, Denise S.; MAGNA, Jocelí M.; VIANA, Luis A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102003000500014&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102003000500014&script=sci_abstract)>. Acesso em: 30 set. 2016.

PIERIN, Ângela M. G. *et al.* Fatores de risco cardiovascular e adesão ao tratamento. In: MION Jr, DÉCIO; NOBRE, Fernando. **Risco cardiovascular global: da teoria risco cardiovascular global à prática**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 139-152.

RADOVANOVIC, Cremilde A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 22, n. 4, p. 547-553, jul./ago. 2014. 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: 10 out. 2016.

RESENDE, Margarida M. de C. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual de King**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 117 p. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 1998.

RIBEIRO, Amanda G. *et al.* Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 87-112, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a05.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SANTOS, Zélia M. de S. A.; LIMA, Helder de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças de estilo de vida. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-97, Jan./Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/10.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001)>. Acesso em: 25 out. 2016.

SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, set.2007.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012)>. Acesso em: 18 jan. 2017.

SOUZA, Mariana P. de; ALMEIDA, Elton C. de; BALDISSERA, Vanessa D. A. Planejamento educativo para um grupo que vivencia a hipertensão arterial sistêmica segundo a abordagem dialógica. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 75-83, 2012. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670012.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

WAGMAKER, Djeyne S.; PITANGA, Francisco J. G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.1, p.69-74, 2007. Disponível em:

<<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/732/735>>. Acesso em: 30 set. 2016.

ZAITUNE, Maria P. do A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.

**Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200006)>. Acesso em: 01 out. 2016.