



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Pedro Gabriel Lorencetti

Ações educativas com portadores de Hipertensão  
Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade de  
Básica de Saúde Ana Nery em Pinhais - PR

Florianópolis, Março de 2018



Pedro Gabriel Lorencetti

Ações educativas com portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica  
e Diabetes Mellitus na Unidade de Básica de Saúde Ana Nery em  
Pinhais - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sheila Rubia Lindner  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Pedro Gabriel Lorencetti

Ações educativas com portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade de Básica de Saúde Ana Nery em Pinhais - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Sheila Rubia Lindner**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** A transição epidemiológica presenciada nas últimas décadas no Brasil, impactou de maneira marcante os serviços de saúde. A melhoria das condições de vida da população somada ao avanço tecnológico ao cuidado a saúde e envelhecimento da população elevou o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral as principais causas de morte no mundo e no Brasil. Neste cenário, o combate aos fatores de risco modificáveis destes desfechos tornou-se o foco de diversas políticas públicas, destacando o controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O Ministério da Saúde lançou através do Sistema Único de Saúde, o HiperDia, um programa nacional com foco em controle destas patologias e promoção de saúde, sendo inicialmente marcado pela distribuição de medicamentos a população e progredindo para atividades mais complexas dentro das necessidades de cada território processo. **Objetivos:** Este trabalho propõem uma sugestão de reestruturação do programa HiperDia em nossa unidade de saúde, visto que este é subutilizado e as demandas relacionadas a hipertensão arterial e diabetes mellitus são grandes em nosso território. **Metodologia:** O foco desta intervenção é focado no empoderamento do usuário através de um espaço de construção coletiva, com atividades multidisciplinares que abordam os diversos determinantes do processo saúde-doença. **Resultados Esperados:** a partir da implementação desse projeto espera-se que haja um empoderamento e um aumento da autonomia dos indivíduos em relação ao cuidado de seus problemas de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Autonomia Pessoal, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Promoção da Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	17
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	19
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	21



# 1 Introdução

A unidade de saúde Ana Nery é localizada no bairro Alto Tarumã, na cidade de Pinhais - PR. A cidade possui uma população estimada de 128.256 habitantes, com uma alta densidade demográfica, de 1.922 habitantes/km<sup>2</sup>, a segunda maior do estado do Paraná. Apresenta uma média de 2,7 salários mínimos por trabalhador formal, alcançando a posição 405 no ranking nacional e 18 no estadual. Embora apresente bons indicadores, apresenta uma taxa de alfabetização de 97,2% ocupando a posição 294 de 399 dentro do estado e apenas a colocação 3382 no país de 5570 cidades ranqueadas. Destaca-se ainda a taxa de mortalidade infantil na cidade, de 8,5 óbitos por mil nascidos vivos, garantindo a colocação 246 no estado e 3572 no país. (IBGE, 2017)

O bairro Alto Tarumã é próximo a divisa com Curitiba. A área de abrangência é dividida em 3 equipes, área ouro, prata e bronze. Sou responsável pela maior área, a ouro, com 3572 pessoas cadastradas, formando 1078 famílias no total (Pinhais, 2017). Na unidade trabalhamos em 4 médicos, sendo que um médico atende apenas demanda. Embora o cuidado seja estruturado a partir da Estratégia de Saúde da Família há um Ginecologista que atende na UBS 2 dias na semana.

O bairro adscrito pela UBS foi formado ao longo dos anos por diferentes movimentos de relocação de pessoas oriundas de áreas de invasão ou de regiões próximas a rios que cortam as cidades de Pinhais e Curitiba. A região da área Ouro foi formada recentemente, impulsionada pelo programa PAC nos últimos governos. A população final, adscrita pela área ouro, totaliza 3609 pessoas, sendo a sua maioria mulheres (53%), e adultos jovens (60 anos 254 pessoas), de baixa escolaridade e baixa renda sendo que 186 famílias recebem o benefício do Bolsa Família (cerca de 17% do total de famílias). (Pinhais, 2017).

O bairro é constituído por casas de alvenaria, em sua maioria, não terminadas e em mal estado de conservação. Embora quase todo o bairro possua saneamento básico, há diversas áreas de descarte de lixo e móveis a céu aberto. Existem 6 igrejas na área ouro, sendo católicas ou neo pentecostais. A UPA encontra-se há 5 km da UBS. Há 1 creche para acomodar os filhos das mães que trabalham fora de casa.

O bairro oferece poucas oportunidades locais de emprego, sendo quase a totalidade em serviço terciário, especialmente pequenos comércios. Uma parcela considerável, principalmente a mais jovem, trabalha no centro de Pinhais ou de Curitiba (Cerca de 20km da UBS).

Sendo uma comunidade fragmentada, formada por vários recortes de regiões diferentes e de baixa renda, a criminalidade e o tráfico de drogas dominam o local. Há um número considerável de indivíduos jovens incapacitados ou mortos devido a causas violentas. Ainda neste contexto a gravidez em adolescentes e DST são bastante frequentes.

Em relação as demandas de saúde não apresentamos o registro das principais queixas

que levam as pessoas a procurarem ajuda médica em nossa UBS. Em conversa com a equipe notamos subjetivamente que as principais causas de consulta são em ordem decrescente: Tosse, Lombalgia aguda, Acompanhamento de hipertensão arterial, Glicemia alterada, Puericultura. Embora não tenhamos os números exatos, os serviços são estruturados conforme as demandas mais comuns. Pela manhã atendemos uma cota de consultas de demanda e o restante é ocupado com consultas agendadas. Por ser o período com maior volume de pacientes, é bastante comum a enfermagem ter que referenciar casos a UPA. No período da tarde atendemos atividades programáticas e algumas demandas e retornos de encaixe.

Curiosamente, embora a população seja em sua maioria adultos jovens, a maior parte dos atendimentos giram em torno de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Em nossa área identificamos 299 hipertensos (prevalência de 13% na população adulta) e 99 diabéticos (prevalência de 4% na população adulta). Destes pacientes, identificamos que 49% dos indivíduos são classificados como alto risco cardiovascular, principalmente pela grande sobreposição de diabetes e hipertensão. (Pinhais, 2017).

Em relação a causas de mortalidade infantil-materna em nossa UBS temos o registro de 2 mortes de crianças menores de 1 ano em 2015 em nossa UBS, sendo 17 mortes em todo o município de Pinhais no ano (Pinhais, 2017). Não há o registro correto da causa dos dois falecimentos nos bancos de dados, porém todas as causas foram listadas na tabela 1, que está logo no final do texto. Segundo o último levantamento, a nossa UBS apresenta a melhor cobertura vacinal do município, com 85% das crianças menores de 1 ano com a vacinação em dia. O índice não foi maior devido a vacinação irregular de febre amarela. (Pinhais, 2017). Finalizando o tema materno-infantil, a cidade de Pinhais chegou a 73% de gestantes com 7 ou mais consultas em 2015 (Pinhais, 2017). De uma maneira geral, não há alterações no perfil epidemiológico materno-fetal de nossa área e as maiores dificuldades encontradas são o número considerável de gestações em adolescentes e a constante migração de pessoas no bairro.

Finalizando o perfil epidemiológico, entramos nos dados de morbidade hospitalar e mortalidade. Segundo o departamento de epidemiologia de Pinhais, em 2015 as principais causas de morte foram em ordem decrescente e números absolutos: Acidente vascular não especificado como hemorrágico ou isquêmico - 33 casos, agressão/disparo outra arma de fogo ou NE - 33 casos, infarto agudo do miocárdio, 31 casos, doença pulmonar obstrutiva crônica -30 casos, diabetes mellitus não especificada - 23 casos.

Não dispomos números exatos das principais causas de internamento de idosos, mas nas visitas domiciliares percebemos que a maior parte dos internamentos se dão por descompensação de DPOC, Insuficiência cardíaca congestiva, acidentes vasculares cerebrais, infarto agudo do miocárdio e estados confusionais agudos. Perante esta realidade epidemiológica, após conversas individuais e participação nas reuniões de equipe, elencamos os principais problemas da área adscrita à UBS - Ana Nery. Dentre eles, podemos listar

em ordem decrescente de prioridade: controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, violência, doença sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Estes problemas foram identificados e priorizados, conforme a ordem descrita acima, principalmente pelos critérios de magnitude e transcendência.

O controle de doenças crônicas se destaca perante aos demais problemas encontrados. Ao analisarmos o perfil de mortalidade, 78 % das mortes são causadas por doenças crônicas, sendo 58% devido a hipertensão arterial crônica e diabetes melittus e suas complicações. Diariamente notamos a magnitude desta demanda, devido a sobrecarga de consultas médicas relacionadas ao controle destas doenças, com encaixes realizados diariamente para atendimento de situações agudas ou descontrole da doença de base. Como mencionado previamente, 49% de nossos pacientes com hipertensão arterial e diabetes melittus são classificados com alto risco cardiovascular e uma parcela significativa não apresenta acompanhamento regular ou controle adequado da patologia.

Como todo problema relacionado a patologias crônicas, há determinantes multifatoriais envolvidos. Em relação a equipe de saúde podemos apontar a falta de diálogo ao paciente que não seja através de consulta com enfermeiro ou médico, equipe de saúde incompleta e eventualmente falta de insumos. Quanto a comunidade, os principais determinantes são o baixo nível de escolaridade e a baixa renda. Estas condições impactam diretamente no desenvolvimento destas patologias. A grande parte dos pacientes não conhecem as classes básicas de nutrientes, como proteína, carboidrato e gordura, além de não saberem identificar alimentos ricos em sal. Por outro lado, mesmo os esclarecidos, não possuem condições financeiras de manter dietas apropriadas para suas necessidades, pois a alimentação saudável e balanceada é cara em nosso país.

Frente a este diagnóstico, o problema a ser abordado pelo projeto de intervenção será o controle de doenças crônicas como hipertensão arterial crônica e diabetes mellitus. Durante a prática diária e reuniões de equipe é frequentemente citado que consultas médicas e orientações feitas pela farmacêutica não são suficientes para melhorar os níveis pressóricos e glicêmicos e nem manter o vínculo com a UBS. Abordar esta temática de maneira diferenciada, é fundamental . Tendo isto em mente, a idéia do projeto é de estruturar e por em prática o programa HiperDia, no formato de um espaço fora da UBS, com o intuito de integrar práticas interdisciplinares, em um ambiente acessível , fortalecendo o vínculo, o empoderamento e a autonomia dos indivíduos.

Após a identificação e estratificação da população hipertensa e diabética em nossa área, houve um aumento no interesse da secretaria municipal em intervir nos fatores de riscos relacionados a estas doenças. Há uma mobilização de nossa equipe, com apoio da secretaria para elaborar novas ações a respeito do tema. A equipe de fisioterapia do NASF em conjunto com profissionais de educação física criou um espaço de promoção de atividades físicas e hábitos saudáveis e nos procurou para articular tal serviço de maneira direta com a APS. Há também um interesse da equipe farmacêutica em ampliar

a vigilância farmacológica em relação aos medicamentos utilizados por esta população. Articular estes interesses com o programa HiperDia, agregará um grande valor ao cuidado destes pacientes, além de transformar a rotina de trabalho da equipe de saúde.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para qualificar a implementação do grupo Hi-perDia voltado aos pacientes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica atendidos pela Unidade de Saúde Ana Nery em Pinhais-PR.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Melhorar o acompanhamento de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
- Criar um espaço dentro da comunidade para a realização de atividades interdisciplinares, com estímulo a atividades físicas, orientação de uso de medicamentos com vigilância farmacêutica e assistência nutricional.
- Abrir um espaço de diálogo direto entre a comunidade e a equipe de saúde, visando a aumentar o empoderamento, autonomia e responsabilidade dos indivíduos em relação a promoção de saúde e prevenção de agravos.





### 3 Revisão da Literatura

A partir do último século, a população mundial passou por uma profunda transformação, com um rápido envelhecimento da população, principalmente em países desenvolvidos. Um importante fator para esta drástica mudança foi o declínio das mortes causadas por doenças infecto-contagiosas devido a melhoria das condições básicas de vida da população, assim como ao rápido desenvolvimento no cuidado a saúde com a melhora e ampla utilização de vacinas e a introdução dos antibióticos no arsenal terapêutico. A consequência no perfil de morbi-mortalidade mundial mudou drasticamente, elevando as doenças crônicas não transmissíveis as principais causas de morte no mundo.

Em 2015 as doenças isquêmicas do miocárdio somaram 8.756.000 mortes no mundo todo, seguida dos acidentes vasculares cerebrais com 6.240.600 casos, liderando o ranking das principais causas de mortalidade mundial (WHO, 2017). Embora as taxas de mortalidade variem bastante entre os países e continentes, os indicadores do continente americano seguem a mesma tendência, com a incidência de mortes por doenças isquêmicas do coração alcançando 106 mortes /100.000 pessoas e os acidentes vasculares cerebrais 70/100.000 pessoas (WHO, 2017). O cenário epidemiológico Brasileiro aproxima-se do mundial. Das 1.264.173 mortes registradas em 2015, 27% foram causadas por doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar, neoplasias são responsáveis por 16% e causas externas 12 % das mortes (DATASUS, 2017). Neste cenário, tornou-se de suma importância a identificação e tratamento de fatores de risco a estes desfechos, dos quais se destacam a hipertensão arterial e diabetes melitus. Dados de 2015 nos Estados Unidos da América revelam que hipertensão arterial é responsável por 45% das mortes de causa cardíaca e 51% devido a acidentes vasculares encefálicos (MEMBERS, 2014). Em relação a diabetes, estima-se que 5,2% de todos os óbitos no mundo são relacionados a esta doença (ROGLIC et al., 2005).

No Brasil, carecem estudos epidemiológicos fidedignos, mas os dados coletados e estimados são semelhantes ao do cenário mundial. A hipertensão arterial atinge 32,5% da população adulta, somando 36 milhões de indivíduos, e mais de 60% dos idosos (MALACHIAS et al., 2016). A diabetes por sua vez alcança uma prevalência de 20% entre indivíduos entre 35 e 74 anos sendo a metade dos casos sem diagnóstico (SCHMIDT et al., 2014). Segundo uma estimativa feita em 2015, 14,2 milhões de brasileiros são acometidos pela diabetes, sendo que esse número pode alcançar 23,2 milhões até 2040 (IDF, 2017). Tendo em vista a magnitude do problema, o Ministério da Saúde lançou diversas medidas ao combate e controle destas morbidades, destacando o HiperDia, um programa que destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo o controle da distribuição e dispensação de medicamentos aos indivíduos cadastrados.

O programa HiperDia assume perfil individual em cada território-processo que é instalado. Além do controle da dispensação de medicamentos e cadastramento dos usuários, outras atividades são desenvolvidas, principalmente a formação de um espaço coletivo no qual atividades multidisciplinares são desenvolvidas, abordando as múltiplas facetas do tratamento da hipertensão arterial e da diabetes mellitus. Trata-se também de um espaço de diálogo com o usuário, fora do formato da consulta médica. A literatura científica a respeito do programa é bastante limitada, sendo a maioria restrita a descrição do perfil epidemiológico dos usuários locais assistidos. Estes estudos demonstram, repetidamente, que a maioria dos participantes são compostos por mulheres, idosos e apresentam baixa escolaridade (FERREIRA; FERREIRA, 2009)(SOUZA et al., 2014)(LIMA et al., 2011).

Um único estudo avaliou a incidência de acidentes vasculares encefálicos e mortalidade antes e depois da instação do programa HiperDia, no período de 1998 e 2012. Foi observada uma queda de mais de 70% nos casos de acidente vascular encefálico a partir da implementação do programa no ano de 2002, porém sem alteração na mortalidade hospitalar. Os dados por estados mostra os mesmos achados no Paraná (LOPES et al., 2016). Este último estudo demonstra o impacto do programa na atenção a saúde em âmbito nacional e reforça a importância de mais estudos a respeito, tanto pelo prisma epidemiológico quanto da estruturação do programa.

## 4 Metodologia

O intuito desta intervenção é mudar o curso e controle da hipertensão crônica e diabetes mellitus de maneira duradoura, através do empoderamento do indivíduo em relação a sua condição de saúde, a partir do programa HiperDia. Nossa equipe de saúde tem constantemente notado que o programa precisa ser reestruturado, ampliando suas atividades e seu caráter. Para iniciar tal trabalho, o primeiro passo é realizar o diagnóstico preciso do problema, dentro do território-processo.

Embora existam dados epidemiológicos e observações da equipe de saúde a respeito dos problemas de controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus na população alvo, é necessário entender as razões da atual situação. Assim faz-se necessária a realização de dois diálogos. O primeiro é entre a equipe da UBS-Ana Nery, através de reuniões de equipe quinzenais na própria UBS, para a revisão do processo de trabalho e diagnosticar os gargalos e problemas no cuidado a saúde oferecido a este grupo. A partir dos problemas identificados, uma matriz de intervenção deve ser organizada, identificando as ações a serem tomadas além de seus atores envolvidos, prazos, objetivos e métodos de avaliação. O segundo diálogo, e mais importante, é com a população alvo. Através de entrevistas semiestruturadas em grupos focais serão coletadas as impressões dos usuários e identificadas as principais demandas deste grupo. A partir de tais demandas, as atividades de intervenção serão planejadas. Os grupos focais serão montados uma vez ao mês, durante as reuniões do HiperDia que são realizadas semanalmente no espaço cedido pelo CRAS.

Atualmente o HiperDia mostra-se mais focado na liberação de medicamentos com poucas atividades educativas, quando possível. A principal ideia é que este espaço seja ocupado pelos usuários, sendo modelado e construído por estes. Em diálogo com a equipe do NASF, nasceu a ideia de levarmos atividades multidisciplinares aos usuários, conforme suas demandas, com o foco em promoção de saúde e prevenção. Nestas atividades atuariam fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e médicos, abordando aos diversos determinantes do processo saúde doença, além de serem uma porta direta de diálogo do usuário com o serviço de saúde.

Por último, dentro do programa HiperDia, haverá um fortalecimento da vigilância farmacológica, através do trabalho multidisciplinar. Enfermeiros, médicos e farmacêuticos trabalharão conjuntamente na identificação de todos os pacientes hipertensos e diabéticos da área, com a descrição destes em uma tabela de Excel compartilhada, na qual constará os medicamentos utilizados por cada usuário, estratificação de risco, frequência de retirada dos medicamentos, dificuldades na adesão e relatos de efeitos colaterais. Além do registro, haverá o constante diálogo entre os profissionais, buscando procurar casos que necessitem da elaboração de planos terapêuticos singulares para a melhor adesão e controle da doença de base. Os resultados da intervenção serão avaliados por diversos métodos quantitativos e

qualitativos. Objetivamente, serão comparados os níveis pressóricos dos pacientes antes e depois da intervenção, assim como os níveis de hemoglobina glicada. Resultados a respeito da satisfação da intervenção serão coletados a partir de grupos focais com os usuários. Em casos singulares, serão analisados de maneira multidisciplinar a progressão de cada projeto terapêutico singular. Como proposta de ser um programa contínuo, a intervenção é contínua, com reformulações a partir das discussões e análises dos resultados obtidos.

## 5 Resultados Esperados

A partir da intervenção proposta, alguns desfechos são esperados. O primeiro é o empoderamento e aumento da autonomia dos indivíduos em relação ao cuidado de seus problemas de saúde. O segundo é o aumento do número de pacientes hipertensos com valores pressóricos menores que 140/90mmHg em indivíduos classificados com hipertensão em estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo ou moderado, e estágio 3, e valores menores que 130/80mmHg em indivíduos com hipertensão estágio 1 e 2 com alto risco cardiovascular. Quanto aos pacientes diabéticos, é esperado um aumento do número de indivíduos com índices de hemoglobina glicada abaixo de 7,0%. O terceiro resultado esperado é a diminuição das consultas de emergência e encaixes devido a situações agudas e complicações de situações crônicas, causadas pelo descontrole destas patologias.



# Referências

- DATASUS. *Causas de morte no Brasil em 2015*. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 30 Jul. 2017. Citado na página 15.
- FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema hiperdia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 53, n. 1, p. 1–80, 2009. Citado na página 16.
- IBGE. *Informações demográficas de Pinhais*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 22 Jun. 2017. Citado na página 9.
- IDF. *Diabetes Across the Globe*. 2017. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>>. Acesso em: 30 Jul. 2017. Citado na página 15.
- LIMA, L. M. de et al. Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, p. 323–329, 2011. Citado na página 16.
- LOPES, J. M. et al. Hospitalização por acidente vascular encefálico isquêmico no Brasil: estudo ecológico sobre possível impacto do hiperdia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 1, p. 122–134, 2016. Citado na página 16.
- MALACHIAS, M. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado na página 15.
- MEMBERS, W. G. Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *APA*, v. 129, n. 3, p. 29–322, 2014. Citado na página 15.
- ROGLIC, G. et al. The burden of mortality attributable to diabetes. *Diabetes Care*, v. 28, n. 9, p. 2130–2135, 2005. Citado na página 15.
- SCHMIDT, M. I. et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-BRASIL). *Diabetology and Metabolic Syndrome*, v. 6, n. 1, p. 1–9, 2014. Citado na página 15.
- SOUZA, C. S. de et al. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa hiperdia: Estudo de base territorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 102, n. 6, p. 571–578, 2014. Citado na página 16.
- WHO, W. H. O. *Top 10 causes of death*. 2017. Disponível em: <[http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/causes\\_death/top\\_10/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/)>. Acesso em: 30 Jul. 2017. Citado na página 15.