

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

MIRENIA HERNANDEZ ORAMAS

**ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA COMUNIDADE JÚLIA KUBITSCHEK, CORONEL
FABRICIANO- MINAS GERAIS**

**IPATINGA - MINAS GERAIS
2018**

MIRENIA HERNANDEZ ORAMAS

**ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA COMUNIDADE JÚLIA KUBITSCHK, CORONEL
FABRICIANO- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

IPATINGA - MINAS GERAIS

2018

MIRENIA HERNANDEZ ORAMAS

**ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA COMUNIDADE JÚLIA KUBITSCHK, CORONEL
FABRICIANO- MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:

DEDICATÓRIA

A Deus, pois sem ele nada é possível.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio, carinho e acima de tudo por ter suportado a distância.

Ao meu esposo, pela força e incentivo para a realização e conclusão deste curso.

A todas as pessoas portadoras de hipertensão arterial, que fizeram com que este trabalho fosse possível.

Aos meus colegas da Unidade Básica de Saúde do bairro Júlia Kubitschek que tanto me apoiaram.

Aos amigos brasileiros que conquistei durante essa jornada.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho, minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar forças para enfrentar todos os obstáculos encontrados nesta caminhada.

Em especial à Profa. Maria Dolôres Soares Madureira, pela atenção, ensinamentos, incentivos, dedicação, em especial nos momentos da elaboração do presente estudo, e pela paciência.

À minha família, por estar sempre ao nosso lado, apoiando as nossas decisões.

E a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

A todos vocês, minha eterna gratidão.

“A maneira mais fácil e mais segura de vivermos honradamente consiste em sermos, na realidade, o que parecemos ser.”

Sócrates

RESUMO

A equipe de saúde da família Júlia Kubitschek do município Coronel Fabriciano, em Minas Gerais, tem cadastradas em sua área de abrangência 934 famílias e um dos principais problemas desta população é a hipertensão arterial sistêmica. Considera-se de vital importância a elaboração de um plano de ações para diminuir o alto índice deste problema de saúde na comunidade em questão. Portanto pretende-se elaborar uma proposta de intervenção para garantir melhor assistência e seguimento aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica que procuram nossa equipe de saúde. Na elaboração deste trabalho foram realizados: diagnóstico de saúde, revisão bibliográfica sobre o tema e elaboração do plano de ação acordo com o método do planejamento estratégico situacional. Com a implantação da proposta, espera-se que os pacientes incorporem conhecimentos sobre a hipertensão arterial sistêmica, mudem seu estilo de vida e que diminuam as complicações da doença.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia saúde da família. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The health team of the Julia Kubitschek family of the Municipality Coronel Fabriciano, in Minas Gerais, has registered in its area of coverage 934 families and one of the main problems of this population is systemic arterial hypertension. It is of vital importance to draw up a plan of action to reduce the high rate of this health problem in the community in question. Therefore, it is intended to elaborate a proposal of intervention to guarantee better assistance and follow-up to the patients with systemic arterial hypertension that seek our health team. In the elaboration of this work were carried out: health diagnosis, bibliographical review on the theme and elaboration of the action plan according to the method of strategic situational planning. With the implementation of the proposal, patients are expected to incorporate knowledge about systemic arterial hypertension, change their lifestyle and reduce complications of the disease

Keywords: Hypertension. The family health strategy. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEPS	Centro de Especialidades de Saúde
DATASUS	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JK	Júlia Kubitschek
MS	Ministério da Saúde
NEPS	Núcleo de Especialidades em Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAR	Programa de Pré-Natal de Alto Risco
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	População da área de abrangência da equipe Júlia Kubistchek por faixa etária e sexo, 2017.	15
Tabela 2	Distribuição da população da área de abrangência da equipe Júlia Kubistchek por faixa etária e micro área. 2017.	16
Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na ESF Júlia Kubitschek, Coronel Fabriciano - MG, 2017.	17
Quadro 2	Desenho de operação para os “nós” críticos do problema “Hipertensão Arterial descompensado” na localidade Júlia Kubitschek em Coronel Fabriciano – MG, 2017.	27
Quadro 3	Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica	28
Quadro 4	Análise da viabilidade. Propostas de ações para a motivação dos atores.	29
Quadro 5	Plano Operativo	30
Quadro 6	Planilha para acompanhamento da operação: “Saber +”	31
Quadro 7	Planilha para acompanhamento da operação: “Cuidar melhor + saúde”	31
Quadro 8	Planilha para acompanhamento da operação: “Linha de cuidado”	32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Aspectos gerais de Coronel Fabriciano.....	12
1.2	Sistema municipal de saúde	13
1.3	Unidade de Saúde Júlia Kubistchek.....	14
1.4	Equipe de Saúde da Família	14
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVO	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1	Descrição e caracterização do problema selecionado	26
6.2	Seleção dos “nós críticos”	26
6.3	Desenho das operações	27
6.4	Identificação dos recursos críticos	28
6.5	Análise de viabilidade do plano.....	28
6.6	Elaboração do plano operativo.....	30
6.7	Gestão do plano	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais de Coronel Fabriciano

Coronel Fabriciano é um município localizado na região do Vale do aço ao Sudeste de Minas Gerais e fica a cerca de 200 km de Belo Horizonte capital do estado. Faz fronteira com os municípios de Joanésia e Mesquita a norte, Ferros a oeste, Antônio Dias a sudoeste, Ipatinga a leste e Timóteo a sul, predominando um relevo montanhoso (IBGE, 2017).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), a área do município é de 221,252 km², representando 0,0377% do estado de Minas Gerais, 0,0239% da Região Sudeste do Brasil e 0,0026% de todo o território brasileiro. Sua população em 2010 era de 103.694 pessoas, com densidade demográfica de 468,67 hab/km²; em 2017 a estimativa é de que a população do município seja de 110.326 pessoas (IBGE, 2017).

A concentração habitacional na área urbana de 13,1549 km² e na área rural 208,0971 km², possuindo no ano de 2010, 31.615 domicílios (CORONEL FABRICIANO, 2014; IBGE, 2017).

As principais atividades socioeconômicas do município são a prestação de serviços, a pecuária, agricultura, e a indústria (IBGE, 2011). Contando ainda com uma empresa produtora de carvão vegetal, papel e celulose, que se torna fonte de emprego e traz benefícios para o município (CORONEL FABRICIANO, 2014).

Ainda de acordo com o Censo Demográfico de 2015, 96,2% das pessoas residentes no município se encontram acima da linha de pobreza, 5,5% entre a linha de pobreza e abaixo da linha da pobreza 3,3% (IBGE, 2017).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Julia Kubitschek localiza-se no bairro Júlia Kubitschek (JK). A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da (ESF) do bairro, conta com a maioria das ruas pavimentadas. A ESF foi implantada em 2012, sendo uma sede própria, funcionando de segunda a sexta-feira de 8 às 17 horas.

De acordo com o DATASUS (2014), cerca de 90% da população do município é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) (DATASUS, 2014). Para prestar o atendimento o município conta com duas Unidades de Saúde da família (USF) na abrangência, com uma equipe de 09 profissionais, sendo 100% contratados.

Na UBS, o atendimento médico é realizado cinco vezes por semana e a equipe é formada por dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde (ACS), um psicólogo, um nutricionista, um auxiliar de farmácia, um cirurgião dentista, um técnico de higiene bucal (THD), dois recepcionistas e um coordenador, com carga horária de 40 semanais. O município conta com ambulâncias para transporte de pacientes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e micro-ônibus para tratamento intermunicipais (CORONEL FABRICIANO, 2014).

1.2 Sistema municipal de saúde

Coronel Fabriciano possuía, em 2009, 78 estabelecimentos de saúde, sendo 57 deles privados, 20 públicos municipais e um público estadual incluindo hospitais, pronto-socorro, unidades de saúde e serviços odontológicos. Neles havia 143 leitos para internação, sendo 98 deles cobertos pelo SUS. Com 0,64 leitos para cada mil habitantes no município, esse índice está abaixo da média nacional, que era de 2,25 (DATASUS, 2014).

A cidade possui apenas um hospital que disponibiliza o atendimento pelo SUS. A rede de serviços públicos de saúde do município conta com os seguintes estabelecimentos: um Centro de Especialidades de Saúde (CEPS), 13 ESF, 14 UBS, Núcleo Odontológico, Setor de Fisioterapia, Núcleo de Especialidades em Saúde (NEPS), Programa de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Programa de Hanseníases e Tuberculose, além de laboratórios municipais, farmácia central e farmácias nas unidades de saúde.

1.3 Unidade de Saúde Júlia Kubistchek

A Unidade de Saúde que estou atuando localiza-se no bairro JK, na Rua Joaquim Gomes da Silveira Neto número 385, permanecendo aberta de 07:00 às 17:00h. A população atendida é de 3.983 pessoas.

A estrutura física funcionava em um local adaptado e atualmente está sendo reformulada e é constituída por: área destinada à recepção, que é pequena, uma sala de espera onde não existe espaço nem cadeiras para todos, sendo que muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. As reuniões com a comunidade, como os grupos de HIPERDIA, são realizadas neste espaço porque não há uma sala maior. Existem também dois consultórios, sendo um ginecológico, uma sala de curativo, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma farmácia, um almoxarifado, uma sala de expurgo, uma cozinha, uma lavanderia, dois banheiros.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, está bem equipada e consta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

1.4 Equipe de Saúde da Família

“Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe” (BRASIL, 2011 *apud* SOUZA JÚNIOR; FIGUEROA; SOUZA, 2016, p.295). Desta forma, deve-se ter um número de ACS suficiente para que 100% da população possam ser cadastradas; todos os ACS devem ser responsáveis por no máximo de 750 pessoas e que a equipe de ESF tenha no máximo 12 ACS; o limite máximo de pessoas por equipe não deve ultrapassar 4.000 (BRASIL, 2011).

A Equipe de Saúde da Família Júlia Kubistchek é composta por: uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

As atividades da equipe incluem: atendimento da demanda espontânea, urgências e agendamento (maior parte); atendimento de alguns programas, como: saúde mental, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a

hipertensos e diabéticos. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, com bom resultado até agora.

Outras atividades realizadas pela equipe de saúde: pesquisa ativa de hipertensão arterial em pacientes maiores de 15 anos; pesquisa ativa de sintomáticos respiratórios de mais de 21 dias; palestras para promover saúde nos grupos de HIPERDIA; intercâmbio com os adolescentes nas escolas sobre a sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, uso das drogas assim como a importância de manter estilo de vida adequado.

A UBS do bairro JK funciona em estrutura adaptada não sendo esse adequado para o atendimento à comunidade. Possui ainda dois consultórios, sendo um ginecológico, uma sala de curativo, uma sala de vacina, uma sala de triagem, uma farmácia, um almoxarifado, uma sala de expurgo, uma cozinha, uma lavanderia, dois banheiros. Relacionado a equipamentos a UBS dispõe de recursos adequados para o trabalho da equipe.

Conforme foi dito anteriormente e mostrado na tabela 1, a população da área de abrangência totaliza 3.983 pessoas.

Tabela 1 - População da área de abrangência da equipe Júlia Kubistchek por faixa etária e sexo, 2017.

Faixa Etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	12	10	22
1 a 4 anos	124	142	266
5 a 14 nos	278	128	406
15 a 19 nos	217	121	388
20 a 29 anos	141	162	303
30 a 39 nos	142	267	409
40 a 49 anos	237	249	481
50 a 59 anos	366	381	747
60 a 69 anos	249	332	581
70 a 79 anos	220	123	343
80 anos e mais	42	40	82
TOTAL	2028	1955	3983

FONTE: IBGE, 2017.

Em seguida, a tabela 2 mostra a distribuição desta população por faixa etária e micro área.

Tabela 2 - Distribuição da população da área de abrangência da equipe Júlia Kubistchek por faixa etária e micro área. 2017.

Faixa Etária (anos)	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6
< 1	2	4	4	3	1	4
1 a 4	40	41	39	42	30	53
5 a 14	63	60	47	100	57	50
15 a 19	40	45	35	50	87	42
20 a 29	44	47	25	69	31	52
30 a 39	64	52	55	79	46	40
40 a 49	70	68	52	130	50	51
50 a 59	134	99	78	199	100	45
60 a 69	84	83	72	104	88	70
70 a 79	40	32	26	77	50	57
80 e mais	10	26	11	46	2	3
TOTAL	642	687	544	925	568	617

FONTES: IBGE, 2017.

A referida unidade realiza atendimento à demanda espontânea, urgências e eletivas, são realizadas ainda atividades direcionadas aos programas do Ministério da Saúde como saúde mental, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico e HIPERDIA. Tais atividades proporcionam resultado satisfatório até o momento.

A região pesquisada apresenta como principais problemas da saúde elevada incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), elevada incidência de pacientes com doenças transmissíveis como Hanseníase, Tuberculoses, parasitoses, além do consumo de drogas e condições higiênicas e socioeconômicas desfavoráveis.

Sabe-se ainda que a HAS acarreta doenças cardiovasculares como a cardiopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE).

Os principais problemas de saúde apresentados nessa área são:

- Elevada incidência e prevalência de DCNT como a HAS e DM.
- Elevada incidência de pacientes com doenças transmissíveis como Hanseníase, Tuberculoses, parasitoses.

- Elevado consumo de drogas.
- Condições higiênicas e socioeconômicas desfavoráveis.
- Obesidade.
- Colesterol elevado.

A incidência da HAS é alta e se mostra como um precursor de doenças cardiovasculares como a cardiopatia hipertensiva, IAM e AVE. A DM apresenta alta incidência aliada aos fatores de risco como tabagismo, obesidade e dislipidemia, as duas doenças encontram-se muito relacionadas com os estilos de vida inadequados.

Os problemas foram priorizados segundo os critérios de importância, urgência para resolução, capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Júlia Kubitschek, Coronel Fabriciano - MG, 2017.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção/ Priorização
Elevada incidência e prevalência de doenças crônicas não Transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.	Alta	5	Parcial	1
Obesidade	Alta	5	Total	2
Colesterol elevado	Alta	5	Parcial	3
Elevada incidência de pacientes com doenças transmissíveis	Médio	4	Total	4
Elevado consumo de drogas.	Baixo	3	Parcial	5
Condições higiênicas e socioeconômicas desfavoráveis.	Baixo	3	Parcial	6

Fonte: Autoria própria.

2 JUSTIFICATIVA

A alta incidência da HAS, problema de saúde pública nacional, foi identificada como problema prioritário na área de abrangência da Unidade de Saúde da localidade Júlia Kubitschek. Este problema foi definido após constatação do elevado número de atendimentos devido a complicações causadas pelo HAS como dor precordial, náuseas, dor na região cervical e calor excessivo.

A falta de adesão ao tratamento proposto, bem como a ausência dos pacientes com HAS nas consultas de controle e/ou tratamento, motivou a elaboração de um plano de intervenção com o intuito de promover a saúde, prevenir complicações e proteger a saúde. Portanto, propõem-se, por meio de ações de educativas prevenirem ou minimizar as complicações provenientes HAS.

Neste sentido, entende-se que a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial está relacionada não somente à ingestão do medicamento prescrito, mas na forma como o paciente se adere ao tratamento, adotando hábitos e estilo de vida mais saudáveis (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014; FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para garantir melhor assistência e seguimento aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica que procuram a unidade de saúde Júlia Kubitschek em Coronel Fabriciano - Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, cuja atenção é o seguimento integral dos pacientes portadores de HAS na Atenção Primária à Saúde. O estudo foi realizado no ano de 2017 com a ESF Júlia Kubitschek na localidade de Júlia Kubitschek Coronel Fabriciano/MG.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes hipertensos.

Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF do Júlia Kubitschek.

Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia saúde da família e Atenção Primária à Saúde.

A proposta de intervenção foi elaborada segundo os passos do planejamento estratégico situacional (PES), de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde da equipe e população adstrita a Unidade Básica de Saúde Júlia Kubitschek. Nesse plano de intervenção para melhorar a assistência do paciente com HAS serão cadastrados inicialmente um pequeno grupo de aproximadamente trinta pacientes. Os mesmos serão convidados a participarem do projeto e serão incluídos no protocolo proposto para garantir melhor assistência e seguimento.

Uma agenda de atendimentos específica será disponibilizada para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. Para realização desta intervenção será disponibilizados cadernos elaborados previamente

pela equipe de trabalho, após o atendimento médico de cada paciente, será necessário avaliar a particularidade de cada paciente para proceder à inclusão no programa de protocolo de estudo. Os pacientes, que apenas fazem renovação de receitas, serão convidados para consulta com o médico.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Aspectos gerais da Hipertensão Arterial Sistêmica

De alta incidência no Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública com detecção quase sempre tardia. Estima-se que exista em média 1 bilhão de indivíduos com HAS no mundo (RADOVANOVIC *et al.*, 2014; SANTOS, 2011). “Além de ser uma das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, acarreta um ônus socioeconômico elevado, com uma vida produtiva interrompida por invalidez temporária ou permanente” (SILVA *et al.*, 2016, p.39).

A hipertensão arterial na população brasileira, segundo Scala, Magalhães e Machado (2015) *apud* Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p.1), atinge “32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV)”.

A prevalência faz-se maior em países desenvolvidos se comparados aos países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que até o ano de 2025 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos (BRASIL, 2006). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 23,6 milhões de pessoas virão a óbito por doenças cardiovasculares em 2030 (WHO, 2011).

Para Corrêa *et al.* (2006, p.92), “cerca de 50 milhões de norte-americanos possuem hipertensão arterial. Destes em torno de 70% tem conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados”.

De acordo com dados da VIGITEL (2015) *apud* Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras, entre indivíduos com 18 anos ou mais no período de 2006 a 2014, variou de 23% a 25% respectivamente.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), os principais fatores de risco para a hipertensão arterial são: idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, ingestão de sal e sedentarismo.

Apesar de conhecidos os fatores de risco, os níveis pressóricos não são aferidos diariamente. Como a pressão arterial (PA) é considerada uma variável contínua um dos aspectos idade, sexo e etnia, desafiadores é difícil definir os limites entre os valores normal e anormal (GUSMÃO *et al.*, 2009). Considera-se hipertensão arterial para indivíduos acima de 18 anos valores iguais ou superiores a 140 mm Hg, para pressão sistólica e/ou iguais ou superiores a 95 mm Hg para pressão diastólica (LESSA, 2010).

Embora alguns dos fatores de risco possam ser modificáveis, a prevalência da hipertensão arterial sistêmica, na população em geral é alta e o seu controle não é adequado, atingindo baixas taxas, o que pode ser atribuído à baixa adesão do paciente ao tratamento (BRASIL, 2013).

Além de ter como complicações doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, apresenta como principais comorbidades a hemiplegia, quadriplégica, hemiparesia, paralisia facial, comprometendo a autonomia do sujeito.

Tais complicações geradas pelas DCNT ocasionam um desgaste econômico ao sistema de saúde, podendo propiciar ainda à família e envolvidos abalos tanto psicológicos quanto econômicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Pelo fato da doença em questão apresentar-se de forma silenciosa e muitas vezes assintomática, nota-se a necessidade de realizar uma investigação sistemática de sua prevalência na comunidade estudada. A predominância do sedentarismo, seguido do excesso de peso, hábitos alimentares e estilos de vida inadequados, alcoolismo e o tabagismo são os principais fatores de risco na população.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) reconhece que os problemas mais comuns que as equipes de saúde da atenção básica à saúde enfrentam no seu cotidiano estão relacionados à HAS e suas complicações, pois as equipes ainda encontram

dificuldades fazer o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos da população de sua área de abrangência.

Na UBS Júlia Kubitschek foi detectada alta prevalência de idosos, ou seja, indivíduos com idade superior a 60 (sessenta) anos, com doenças crônicas como a HAS. Assim, faz-se necessário a realização de conscientização da população quanto aos fatores de risco persistentemente a fim de eliminá-los, praticando assim a medicina preventiva.

Estratégias de controle e prevenção da HAS

O diagnóstico precoce da HAS, bem como adequada abordagem terapêutica minimizam a morbimortalidade relacionada a essa (BRASIL, 2013).

Para Machado e Kayanuma (2010), a implementação de estratégias de diagnóstico precoce, tratamento e controle da HAS, bem como a sua prevenção representa um dos grandes desafios para a equipe de saúde.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.21),

Os profissionais da atenção básica à saúde têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

A deficiência de educação em saúde relacionada à HAS, abandono do tratamento proposto, ausência de acompanhamento nutricional, bem como hábitos nutricionais inadequados, falta de preparo da equipe de saúde quanto à abordagem dos pacientes, além da deficiente estrutura dos serviços de saúde são alguns fatores que devem ser trabalhados com a comunidade e profissionais envolvidos no desenvolvimento deste trabalho.

Santos (2011) afirma que para melhorar a adesão às condutas de controle e tratamento da HAS, as pessoas, principalmente as mais vulneráveis, precisam conhecer melhor os fatores de risco da doença. Neste processo, a educação em saúde, principalmente na atenção básica, exerce um papel fundamental, uma vez

que possibilita a promoção da saúde, transformando as pessoas, tornando-as mais autônomas “para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo, com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de adotar ou não, hábitos e atitudes saudáveis” (SANTOS, 2011, p.286).

Nesta vertente, Souza e Yamaguchi (2015, p.188) reforçam que as ações educativas poderão provocar mudanças nos hábitos e no estilo de vida a partir da compreensão do paciente sobre a HAS e suas consequências e “da motivação em adotar essas medidas que têm por objetivo estimular a adesão continuada ao tratamento anti-hipertensivo e qualidade de vida”.

É necessário que o profissional de saúde discuta com o paciente “as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las no tratamento anti-hipertensivo” considerando sua situação socioeconômica e cultural. Ressalta-se a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, envolvendo o paciente e seus familiares nas metas a serem atingidas (SOUZA; YAMAGUCHI, 2015, p.188). Machado e Kayanuma (2010) enfatizam que a abordagem multiprofissional, envolvendo ações educativas na comunidade e na família, é um importante instrumento para o sucesso dessas iniciativas.

Este processo educativo pode se dar nas consultas individuais, nos grupos, orientando os pacientes quanto ao tratamento medicamentoso e ao tratamento não medicamentoso inclui: alimentação saudável, manutenção adequada do “peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sal, redução do consumo de álcool, redução do estresse e abandono do tabagismo” (SOUZA; YAMAGUCHI, 2015, p.188).

Malta e Silva Junior (2013, p.162) destacam a importância de o processo educativo abranger “metas de promoção à saúde cujos benefícios se estendem a toda a população, e metas referidas ao grupo populacional já portador da doença, que vêm a ser as metas de tratamento e de assistência”.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme apresentado anteriormente, entre os principais problemas de saúde da UBS Júlia Kubitschek, definiu-se como problema prioritário para intervenção a alta incidência de hipertensão arterial sistêmica.

6.1 Descrição e caracterização do problema selecionado

Sabe-se que algumas doenças como acidente vascular encefálico, que pode ser do tipo hemorrágico ou trombótico, e infarto agudo do miocárdio, são algumas consequências mais frequentes da Hipertensão Arterial Sistêmica, e dependendo do grau de evolução podem ocasionar a incapacidade funcional ou até mesmo o óbito (ANDRADE *et al.*, 2013).

Na área de abrangência da equipe de saúde da família Júlia Kubitschek, diagnosticou-se um elevado número de atendimentos devido a complicações causadas pelo HAS como dor precordial, náuseas, dor na região cervical e calor excessivo. Além disso, tem-se constatado a ausência dos pacientes com HAS nas consultas de controle e/ou tratamento, o que dificulta a prevenção das complicações e proteção da saúde.

A busca de parcerias da equipe de saúde com os serviços do setor educativo, secretarias de educação e serviço social, torna-se fundamental para a obtenção de resultados satisfatórios, bem como a implantação das ações preventivas de saúde.

6.2 Seleção dos “nós críticos”

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Acolhimento inadequado pela ESF;
- Baixo índice de ações educativas
- Pouco conhecimento por parte da população sobre as consequências da hipertensão arterial.
- Ausência de protocolo de ações para prevenir e tratar HAS;
- Falta de incentivo às ações de prevenção e promoção de saúde.

Estes “nós críticos” foram agrupados em três: nível de informação caracterizado por pouco conhecimento do usuário sobre a doença; hábitos e estilos de vida da população pouco saudáveis; processo de trabalho da equipe de saúde, incluindo a pouca informação ao usuário e a falta de grupo operativo.

6.3 Desenho das operações

Quadro 2 - Desenho de operação para os “nós” críticos do problema “Hipertensão Arterial descompensado” na localidade Júlia Kubitschek em Coronel Fabriciano – MG, 2017.

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Nível de informação: pouco conhecimento do usuário sobre a doença.	“Saber +” com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença.	O usuário torna-se mais bem informado quanto à prevenção da doença.	Aumento de informação sobre a hipertensão e sob tudo a como prevenir. Palestras educativas.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Político: parcerias. Financeiros: Como a Secretaria Municipal de Saúde, disponibilizará de materiais educativos.
Hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis.	“Cuidar melhor, + saúde” Com o objetivo de melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de exercícios físicos.	Alterar os hábitos alimentares na população e diminuir o sedentarismo	Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Programas saudáveis na rádio e nas escolas. Programa de caminhada orientada. Programa de academia ao ar livre da terceira idade.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema e informar. Organizacional: Organização dos encontros pra as caminhadas e a academia ao ar livre. Político: conseguir a articulação intersetorial. Financeiros: disponibilização de materiais educativos e recursos necessários.
Processo de trabalho da equipe de saúde: pouca informação ao usuário e falta de grupo operativo.	“Linha de cuidado” com objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe tanto dentro como fora da unidade.	A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo participe das ações com o fim de obter as mudanças.	Cursos de capacitação da equipe de saúde da família. Mapeamento. Implantação de protocolo.	Organizacional: Organização da agenda junto aos profissionais e a equipe em geral. Político: articulação entre os setores da saúde e a educação. Financeiros: Garantir os recursos e materiais necessários pra lograr os objetivos desejados.

Fonte: Autoria própria.

6.4 Identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das atividades das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e não estão disponíveis e por isso é muito importante que a equipe tenha clareza de quais são, para criar estratégias para viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.67).

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Operação/ Projeto	Recursos necessários
“Saber +”	Político: Lograr a articulação Intersectorial. Financeiros: disponibilização de materiais educativos.
“Cuidar melhor, + saúde”	Organizacional: Mobilização social em torno das questões de promover alimentação saudável, prática sistemática de exercícios físicos, redução do alcoolismo e o tabagismo. Político: Articulação Intersectorial. Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.
“Linha de cuidado”	Político: articulação entre os setores da saúde e demais setores na cidade. Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.

Fonte: Autoria própria.

6.5 Análise de viabilidade do plano

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), para se analisar a viabilidade de um plano devem ser identificadas três variáveis fundamentais.

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.

- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

- Favorável.
- Indiferente.
- Contrária.

Quadro 4 - Análise da viabilidade. Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Saber +”	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Político: parceria Financeiros: disponibilização de materiais educativos	Secretário de saúde e ministério da saúde. Secretário de saúde. Secretário de saúde.	Favorável Favorável Indiferente a Favorável	Carta de apresentação do Projeto. Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização. Mostrar que já existem projetos de incentivo.
“Cuidar melhor, + saúde”	Cognitivos: conhecer sobre o tema e informar sobre o mesmo. Organizacional: Organização dos encontros pra as caminhadas e academia ao ar livre. Político: conseguir a articulação intersetorial. Financeiros: disponibilização de recursos e materiais educativos.	Integrantes da unidade básica de saúde. Associações dos bairros e escolas. Secretário de saúde Secretário de saúde	Favorável Favorável Favorável Indiferente a Favorável	Palestras e realização de grupos operativos em ambiente descontraído. Carta de apresentação do projeto. Carta de apresentação do projeto. Carta de apresentação do projeto.
“Linha de cuidado”	Organizacional: Organização da agenda junto aos profissionais e a equipe em geral. Político: Articulação entre os setores da saúde e educação.	Integrantes da unidade básica de saúde Secretário de saúde.	Favorável Favorável.	Reuniões com toda a equipe. Carta de apresentação demonstrando benefícios.

Fonte: Autoria própria.

6.6 Elaboração do plano operativo

Na elaboração do plano operativo é importante definir os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas e os prazos para o cumprimento das ações. A responsabilidade de uma operação só pode ser definida para as pessoas que participam do grupo que está planejando e o seu papel fundamental é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas.

Quadro 5 - Plano Operativo.

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
“Saber +” com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença	O usuário torna-se mais bem informado quanto à doença e como prevenir ela.	Avaliação do nível da população sobre o conhecimento da Hipertensão Arterial, suas principais causas, risco e complicações. Capacitação aos ACS. Programa de HIPERDIA.	Carta de apresentação dos projetos. Mostrar que já existem projetos de incentivo. Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.	Agentes comunitários, enfermeiros e o médico.	Início em 6 meses e finalização em 12 meses.
“Cuidar melhor + saúde” com o objetivo de Melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de exercícios físicos.	Melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de exercícios físicos.	Criação do grupo operativo de pacientes com Hipertensão Arterial Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Campanha educativa no PSF. Atendimento aos pacientes com Hipertensão Arterial	Carta de apresentação dos projetos.	Agentes, enfermeiros, médicos e odontólogos. Professor de educação física. Nutricionista.	3-5 meses para apresentar o projeto. 6 meses para início das atividades e finalização em 12 meses
“Linha de cuidado” com objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe	A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário.	Linha de cuidado melhorada, recursos humanos mais capacitados, regulação da linha de cuidado.	Reuniões com toda a equipe. Carta de apresentação demonstrando benefícios.	Agentes comunitários, enfermeiros e médicos.	Início em 6-meses e finalização em 12 meses.

Fonte: Autoria própria.

6.7 Gestão do plano

Os quadros 6, 7 e 8 apresentam as planilhas de acompanhamento das três operações.

Quadro 6 - Planilha para acompanhamento da operação: “Saber +”

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Avaliação do nível da população sobre o conhecimento sobre Hipertensão Arterial, suas principais causas, risco e complicações.	Médica	6 meses	Já foi elaborado roteiro de avaliação e aplicado		
Capacitação aos ACS.	Médica Enfermeira	3 meses	Em curso projeto de capacitação elaborado ACS capacitados		
Programa de HIPERDIA.	Médica Enfermeira	6 meses	Em curso		

Fonte: Autoria própria.

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento da operação: “Cuidar melhor + saúde”

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Criação do grupo operativo de pacientes com Hipertensão Arterial	Médica	3 meses	Criado o grupo operativo.		
Programa de alimentação saudável e apoio nutricional.	Médica Nutricionista do NASF	3 meses	Garantido em cada encontro		
Campanha educativa no PSF.	Médica Enfermeira ACS	3 meses	Cumprido em cada encontro		
Atendimento aos pacientes com Hipertensão Arterial.	Médica Enfermeira	3 meses	Programação feita aos pacientes diagnosticados		

Fonte: Autoria própria.

Quadro 8 - Planilha para acompanhamento da operação: “Linha de cuidado”

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Linha de Cuidado	Médica	6 meses	Ainda não começou	Projeto em elaboração	
Recursos humanos capacitados	Médica Enfermeira	6 meses	Em processo		

Fonte: Autoria própria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de intervenção propõe, por meio de ações educativas, prevenir ou minimizar as complicações provenientes HAS. Durante a intervenção é necessário um seguimento dos resultados obtidos para poder avaliar o impacto das ações e das estratégias utilizadas.

Com a implantação da proposta, esperamos que os pacientes incorporem conhecimentos sobre a hipertensão arterial, mudem seus hábitos e estilos de vida não saudáveis.

Com um melhor acompanhamento familiar e seguimento padronizados, por meio de consulta, grupos e outras atividades com a comunidade, teremos um controle satisfatório da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, melhorando a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. *et al.* Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.100, n.3, p.203-211, 2013.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L.. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.4, p. 550-55, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Pacto pela Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de out de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet] 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152p

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/>>

CORONEL FABRICIANO. **História de Coronel Fabriciano**, 2014. Disponível em: <http://www.camarafabriciano.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/a-historia-de-coronel-fabriciano/6029>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

CORRÊA, T. D. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq Med ABC.**, v.31, n.2, p.91-101, 2006.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2017. Disponível em:<http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3119409119396>. Acesso em: 29 set. 2017.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C.. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.13, n.1, p.75-84, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2017. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311940&search=minas-gerais|coronel-fabriciano>> Acesso em: 14 nov. 2017.

GUSMÃO, J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134010539911-adesao.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

LESSA, I. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Insuficiência Cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, v.8, p.383-92, 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/epidemiologia.pdf>>. Acesso em: 22 jun 2017.

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

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B.. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n.1, p.151-164, 2013.

RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L. A.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, S. S.. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p.547-53, 2014.

SANTOS, Z. M. S. A.. Hipertensão arterial - um problema de Saúde pública. **Rev. Bras. Promoç Saúde**, v.24, n.4, p.285-286, 2011.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole, 2015. p.780-5.

SILVA, E. C. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. bras. epidemiol.**, v.19, n.1, p.38-51, 2016 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016.

SOUZA, A. O.; YAMAGUCHI, M. U.. Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. (especial), p. 113-122, 2015.

SOUZA JÚNIOR, J.A.; FIGUEROA, G. A. V.; SOUZA, N. R. M. Abordagem da família convivendo com HIV/AIDS na atenção primária pelo residente em medicina de família e comunidade. **Revista HUPE**, v.15, n.3, p.294-299, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control: Policies, strategies and interventions.** Mendis S., Puska P., Norrving B. editors. Geneva: World Health Organization, 2011. 164p