

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JUÇAMARA DE FÁTIMA HORNING BATISTA

**ATENDIMENTO AO HIPERTENSO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
LAPA-PR: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO**

LAPA

2011

JUÇAMARA DE FÁTIMA HORNING BATISTA

**ATENDIMENTO AO HIPERTENSO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
LAPA PR: PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO**

Projeto Técnico apresentado à Universidade Federal do Paraná para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Verônica de Azevedo Mazza

LAPA

2011

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 PROBLEMA	5
1.2 OBJETIVOS	6
1.2.1 Objetivo Geral	6
1.2.2 Objetivos Específicos	6
1.3 JUSTIFICATIVA	6
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	9
2.1 HIPERTENSÃO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	9
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL	10
2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS	11
2.3.1 O Programa Hiperdia.....	12
2.4 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL.....	13
2.4.1 REORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AO HIPERTENSO	14
3. METODOLOGIA	15
4. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA: SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DA LAPA	16
4.1 DESCRIÇÃO GERAL	16
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	17
5. PROPOSTA	20
5.1- Desenvolvimento da proposta	20
5.2 Plano de implantação	20
5.3 RECURSOS	25
5.4 RESULTADOS ESPERADOS.....	26
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	27
6. CONCLUSÃO	27
7. REFERÊNCIAS	29

1. INTRODUÇÃO

As pesquisas demonstram que as ações integradas de prevenção e cuidado à Hipertensão Arterial vêm ocorrendo, prioritariamente, na atenção primária, que, atualmente, no Brasil, são colocadas em prática, na maioria das vezes, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual passa a funcionar como a porta de entrada do Sistema de Saúde, pela qual, as ações de caráter comunitário demonstram possibilidade de atuarem de forma mais eficaz.

Portanto, o país busca equacionar a prevenção e controle da hipertensão, mantendo uma estrutura que integra protocolos estabelecidos e um sistema nacional de cadastro de pessoas hipertensas (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Assim, explica-se que as linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do processo assistencial com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades.

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...] (Cecílio e Merhy 2003 p. 37).

Conforme expõe os autores supracitados, um dos maiores desafios que a área da saúde nos municípios enfrentam atualmente é melhorar a qualidade da atenção básica, buscando trabalhar com maior integração entre os serviços de saúde, fato este que conduz a essencialidade da construção de linhas de cuidado com o intuito de avançar no sentido da integralidade.

Para que se possam enfrentar tais desafios se fazem necessário que a área de saúde trabalhe apoiada na interdisciplinaridade, investindo em uma maior resolutividade das Unidades Básicas de Saúde, as quais possibilitem a oferta de ações diversificadas e que comprovadamente possam vir a colaborar com a melhoria da qualidade de vida e autonomia dos usuários em seus processos de adoecimento. Com o conhecimento da realidade alcançado pela investigação sobre o assunto, considerando o aumento expressivo da incidência e prevalência da Hipertensão Arterial no município da Lapa, no estado do Paraná, decidiu-se por

priorizar uma proposta na reorganização da atenção à saúde do hipertenso à luz da linha de cuidado.

O trabalho de diagnóstico situacional tendo sido desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Lapa, busca por intuito a identificação das dificuldades que se processam no atendimento ao hipertenso e, assim terem-se condições de proceder com a elaboração da proposta de atenção ao hipertenso à luz da linha de cuidado.

Portanto, intenciona-se melhorar o cuidado oferecido aos portadores de Hipertensão Arterial, realizando um protocolo de atendimento que abranja diagnóstico precoce, tratamento adequado, prevenção de sequelas e diminuição de internações, por meio de atenção terapêutica individualizada, com linhas de cuidados que permeiem todos os serviços, e que contribuam para a autonomia dos pacientes.

1.1 PROBLEMA

Nas explicações dadas por Westpheral e Almeida (2001, p. 54), mencionam-se:

É urgente a necessidade de integração dos elementos essenciais de um sistema de saúde, para incentivar a alta qualidade do cuidado: a comunidade, a organização do sistema de saúde; o apoio ao autocuidado; o desenho da linha de cuidado para a gestão integrada, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação clínica.

Um município que não ofereça integração nos seus serviços na área de saúde, dispondo de linhas de cuidado bem organizadas, de modo que tenha um funcionamento adequado, principalmente, no controle da hipertensão, uma vez que representam para os municípios um alto custo, devido ao aumento da prevalência da doença e suas complicações na população, assim como da morbidade e mortalidade associadas a estas enfermidades, passa a apresentar sérias dificuldades no seu atendimento à população (Westpheral e Almeida 2001).

Assim, questiona-se:

Quais medidas seriam mais adequadas para a reorganização da atenção a saúde do hipertenso à luz da linha de cuidado no município da Lapa?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Elaborar proposta de reorganização da atenção à saúde do hipertenso à luz da linha de cuidado para a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Lapa-Paraná.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as dificuldades existentes no atendimento ao portador de hipertensão.
- Elaborar protocolo de atendimento ao portador de hipertensão à luz da linha de cuidado.

1.3 JUSTIFICATIVA

O setor saúde, na maioria dos municípios brasileiros, vive uma crise com relação à forma de se produzir saúde, os quais ainda não conseguiram de todo se desvencilhar do modelo produtor de procedimentos, ou pior, do modelo médico hegemônico (CECÍLIO; MERHY, 2003; WESTPHERAL E ALMEIDA, 2001; DONANGELO; PEREIRA, 2006).

Conforme esclarecem esses autores, a assistência à saúde, no país se faz centrada no ato prescritivo, o qual tende a produzir o procedimento, fato este que resulta na falta de consideração quanto às determinações relacionadas ao processo saúde-doença de maneira tal que, deixam de centralizar os determinantes sociais ambientais que devem estar relacionadas às subjetivações e as singularidades em detrimento da valorização apenas das dimensões biológicas. (CECÍLIO; MERHY, 2003; WESTPHERAL E ALMEIDA, 2001; DONANGELO; PEREIRA, 2006).

De acordo com Malta *et al* (2004) tal formato acaba por produzir custos elevados e crescentes uma vez que necessita utilizar, como insumos principais, diferentes recursos tecnológicos com vias a centralização de exames e medicamentos (tecnologias duras). Essa linha de trabalho demonstra que o entendimento situa-se em que esses procedimentos apresentem um fim em si mesmo, sendo, portanto, capazes de restabelecer a saúde por si só.

No entanto, o autor explica que o trabalho acaba resultando em atos desconexos, destituído de uma intervenção articulada e cuidadora, ficando, desse modo, somente em função da eficácia da assistência prestada (MALTA *et al*, 2004).

Para se repensar novas modelagens assistenciais, que estejam asseguradas em diretrizes condicionantes de integralidade do cuidado, se fazem necessário novos fundamentos teóricos, logo, a administração pública deve prover novas formas de compreensão da organização da assistência à saúde, envolvendo novos procedimentos sobre a natureza do processo de trabalho, suas políticas e importância.

No seu modo de pensar, torna-se necessário ainda “repensar o processo saúde – doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação” (MALTA *et al*, 2004, p. 65).

Neste sentido,

A linha do cuidado (LC) passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta. Desta forma, a atuação na macro e micropolítica deveriam ocorrer de forma articulada, buscando os melhores resultados. O essencial é a perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades, e não de um modelo que atenda aos interesses do mercado (MALTA *et al*, 2004, p. 70).

Essa nova maneira de conceber a linha de cuidado na saúde passa, necessariamente, pelo apoio e o investimento que devem proceder dos gestores, os quais trabalhando por processos de gestão coletivos e participativos fazem com que surja a co-responsabilidade entre todos os envolvidos no ato de cuidar (gestores, profissionais da saúde, usuários dos serviços assistenciais de saúde) (VASCONCELOS, 2008; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Assim, para que se possa buscar a reorganização e efetivação da linha de cuidado para a hipertensão dependem, em muito, da determinação e apoio dos gestores públicos frente à garantia de caminhar por essa linha de cuidado.

Em relação aos gestores, ainda, Vasconcellos (2008) e Magalhães Júnior (2003) descrevem que estes como são os controladores dos serviços e recursos assistenciais passam a serem eles os responsáveis pelo atendimento dos usuários, no sentido de garantir o acesso aos serviços desde a sua entrada no sistema de saúde, fornecendo os recursos essenciais como também a qualificação quanto às respostas às suas necessidades em saúde.

Em consonância com esses autores, existem possibilidades de que se possam monitorar os cuidados dispensados aos hipertensos de uma população, haja vista que se faça uso de Sistemas de Informação pré-definidos, os quais possam contribuir para a avaliação dos indicadores de processo, ou resultado.

Nesse procedimento que mencionam a necessidade da formulação do protocolo de atendimento, como forma de se obter em informações individuais, possibilitando capturar dados dos usuários, os quais servirão para um monitoramento de forma contínua. Tal protocolo pode colaborar para o mapeamento de grupos e indivíduos prioritários e a evolução do seu quadro clínico, como complicações, internações.

A esse respeito, Malta e Duarte (2007, p. 69) sinalizam que a “linha de cuidado pode ser acompanhada e monitorada, tomando para isso, o protocolo de atendimento, como marcador dos eventos atípicos ou ruídos nessa cadeia de cuidado”. Explicam que tais eventos constituem-se como mudanças repentinas no estado clínico e cuja detecção pode contribuir para determinado fato ser posto sob observação.

Portanto, esse estudo se justifica em função do município da Lapa estar constantemente buscando a manutenção da motivação na adesão do paciente ao

tratamento, visto ser esta talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 HIPERTENSÃO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A hipertensão se faz um problema de saúde pública comum para os países desenvolvidos, e esta quando não tratada conduz “a muitas doenças degenerativas, inclusive insuficiência cardíaca congestiva, nefropatia em estágio terminal e doença vascular periférica”. Devido a esse fato, a doença ganhou o apelido de “matador silencioso”, uma vez que as pessoas sendo hipertensas podem ser assintomáticas por um longo período e de uma hora para a outra podem vir a ter um acidente vascular cerebral ou ataque cardíaco fatal. Mahan e Escott-Stump (2010, p. 860),

Embora esta patologia aparente não seja passível de cura, a prevenção e o tratamento contribuem para a diminuição da incidência de hipertensão, portanto das sequelas dessa doença. No decorrer das duas últimas décadas, o acidente cardiovascular vem declinando quanto aos índices de mortalidade e, isso é devido em parte ao aumento da detecção e controle da hipertensão. De acordo com MAHAN; ESCOTT-STUMP (2010, p.862) “a prevenção primária de hipertensão pode melhorar a qualidade de vida e os custos associados com o tratamento médico de hipertensão e suas complicações”.

De acordo com o Ministério da saúde, a Atenção Básica passou a ser o termo reconhecido no país, como forma de designar Atenção Primária a ser praticado pelo SUS - Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003). Essa designação passou então a ser a forma de criação de uma identidade própria a tipo de atenção à saúde, o qual se faz estabelecido por princípios que englobem a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

Desse modo, estabeleceu-se a Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, a qual demanda que “Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de

saúde, que abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo” (BRASIL, 2006).

O fato de o Sistema de Saúde Pública brasileira demonstrar constantes sinais de crise, o Ministério da Saúde (MS), por volta de 1994, decide criar o Programa de Saúde da Família (PSF), objetivando com ele uma possível reorganização nas práticas assistenciais, as quais partiriam da Atenção Básica, intencionando com tal ação que o modelo tradicional, que se voltava para a cura de doenças, fosse deixado de lado, dando prioridade a prevenção.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

Na atualidade, a hipertensão arterial está sendo considerado um dos maiores problemas de saúde, podendo-se dizer que acomete cerca de 20% da população brasileira com idade superior a vinte anos, como também esta é responsável por 80% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC), por 60% dos casos de infarto do miocárdio – I M (MICHIELIN, 2003). Assim, a hipertensão arterial vem representando um problema bastante especial para a Atenção Básica de Saúde, a qual trata de diagnosticar e acompanhar a maioria dos casos.

A “hipertensão arterial é um agravo de natureza multifatorial, considerando como hipertenso o indivíduo que apresenta média de pressão arterial igual ou superior a 140/90 mm Hg após repouso de 5 a 10 minutos em três aferições diferentes” (MICHIELIN 2003, p. 79).

Como fatores contribuintes que podem atuar para o desenvolvimento da hipertensão em sujeitos com tendência a esse quadro clínico o autor apresenta: o estresse, o uso de sal na dieta, sobrepeso, obesidade, a ingestão de drogas vasoconstritoras como o de drogas ilícitas (cocaína). Assim, “a predisposição genética e fatores ambientais interagindo entre si atuam na determinação do fenótipo final dos indivíduos” (MICHIELIN, 2003, p. 80).

De forma a descrever a hipertensão arterial, Mion Junior (2006, p. 38) menciona a existência de dois tipos da doença: a primária, que se caracteriza pelo

fato de não haver uma causa determinada, outra como secundária, por ser esta possível de identificação com relação a sua causa, como exemplo elenca “tumores (feocromocitoma), problemas renais e na artéria aorta, como também algumas doenças endócrinas”.

Em uma pesquisa apresentou-se que 90% dos doentes hipertensos são portadores da forma primária e que apenas cerca de 10% demonstram portarem a forma secundária. Por fim, explica ser esta uma doença crônica degenerativa considerada como a mais comum e aquela com maior probabilidade de o paciente desenvolver complicações, podendo apresentar Acidente Vascular Cerebral, Infarto do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca. Mion Junior (2006).

Diante dessa problemática, entende-se que a Equipe de Saúde da Família (ESF) pode contribuir, através de um trabalho integrado, para detecção de riscos cardiovasculares e evitar agravos na saúde do hipertenso, com a utilização de medidas preventivas e um trabalho voltado ao incentivo da promoção da saúde.

2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS

Os gestores na área de saúde têm como grande desafio, quando das ações para o controle da hipertensão, a multiplicidade dos aspectos que envolvem a adesão dos doentes ao tratamento, para os quais, Michielin (2003, p. 83) enumera como: “idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão de modelo assistencial e integração da equipe de saúde”.

Note-se, então, a necessidade dos municípios estarem pautados em programas em que haja equipes interdisciplinares bem estruturadas, pois só com estas se faz possível que seja alcançado melhores resultados no controle da hipertensão, haja vista que elas possibilitam uma maior adesão ao tratamento.

Compreendido por Michielin (2003) que as estratégias desenvolvidas pelos gestores para a implementação de medidas preventivas da hipertensão arterial vão depender muito mais de como a sua equipe interdisciplinar atuará em função de envolver os pacientes de forma que haja uma adesão substancial do que propriamente da adoção de políticas públicas, não que estas não exerçam um papel

fundamental, muito pelo contrário, juntamente com a equipe, essa adoção deve estar voltada para as atividades comunitárias, de forma que se mostre organizativa e subsidiada por planejamento dos serviços de saúde.

Neste sentido, Westpheral e Almeida (2001, p. 73) colocam que “a abordagem da hipertensão por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e/ou comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento”. Para tanto, o acesso aos serviços de saúde precisam, de forma ampla, ser facilitado em virtude da necessidade de que possa permitir a apropriação de entendimentos imprescindíveis para o controle e a prevenção das morbidades bem como para fundamentar as mudanças que se fazem necessárias no estilo de vida do paciente.

Diante desses dados, para que os municípios pudessem ter um maior controle sobre os casos de hipertensão, o Governo Federal achou por necessário à criação de um programa, por meio do qual, utilizando-se de um sistema, a esses municípios se possibilitaria o cadastramento e o acompanhamento das pessoas hipertensas. Destaca-se a criação, em 04 de março de 2002, por meio da Portaria nº 371/GM, o Programa Hiperdia.

2.3.1 O Programa Hiperdia

O Hiperdia é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos captados no Plano Nacional de reorganização da Atenção à hipertensão arterial. Tal sistema de Cadastramento e Acompanhamento está ligado a todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, possibilitando, dessa maneira, a geração de informações para todos os gestores locais, nas Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da saúde, além do cadastro, o Sistema:

Permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2006, p. 29).

Todavia, esse sistema para de fato possa trazer melhorias ao atendimento do hipertenso, nas UBS dos municípios, deve ser precedido da abordagem multiprofissional, a qual tende a colaborar para que haja um processo contínuo de motivação, sendo este necessário para que o doente não abandone o tratamento de hipertensão arterial.

2.4 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Nos protocolos de atendimento aos usuários da atenção básica determinados pelo Ministério da Saúde pode-se observar com bastante frequência a menção a essencialidade da abordagem multiprofissional. A esse respeito, abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas (BRASIL, 2006).

Assim, o Ministério da Saúde recomenda que sempre que for possível deve-se fazer parte da equipe multiprofissional, além do médico, os seguintes profissionais de saúde: “enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, agentes comunitários de saúde” (BRASIL, 2006, p. 42).

Dentre as ações mais comuns destinadas a Equipe Multiprofissional, destaca-se as seguintes:

Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo); treinamento de profissionais; encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; ações assistenciais, individuais e em grupo; gerenciamento do programa (BRASIL, 2006, p. 24).

Mediante tais colocações, torna-se necessário que os gestores em saúde busquem organizar as medidas de prevenção da HAS, repensando no modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos.

Assim, a reorganização da assistência de saúde em linhas de cuidado passa a se mostrar como um fator determinante para que seja viável superar a desarticulação que hoje existe entre os diversos níveis de atenção em saúde no

município da Lapa. Os grupos de hipertensos e diabéticos no município da Lapa iniciaram antes do programa Hiperdia do Ministério da Saúde, atendidos por uma equipe multidisciplinar em um programa com o nome de Saúde Total. Havia incentivo (não financeiro) aos municípios, na formação de grupos para o atendimento direcionado para estas patologias por intermédio do governo do estado.

Essa equipe era formada por médica, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, enfermeiro, nutricionista, e auxiliar de enfermagem. Esse programa atendia uma vez por semana, tendo em média 90 pacientes cada período (manhã e tarde), funcionando até o final do ano de 1999. Em 2001 idealizaram-se atendimentos no interior do município com enfermeira e auxiliar de enfermagem, porém os pacientes tinham dificuldade de acesso, passando a controlar a medicação para não faltar.

Em agosto de 2001, o atendimento foi direcionado para oito comunidades sem mini postos de saúde atendendo 90 pacientes. Em novembro de 2001, é realizado um treinamento com auxiliares de enfermagem e inicia os atendimentos nos mini postos de saúde de todo interior. No ano de 2002 foi assinado o termo de adesão e o município passou a fazer parte do Programa de Hiperdia do Ministério da Saúde.

2.4.1 REORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO AO HIPERTENSO

A elaboração dos Protocolos de Atendimento ao Hipertenso deve conter as atribuições e competências que caberá a cada membro da equipe interdisciplinar desempenhar quando da entrada do paciente na Unidade Básica de Saúde.

Neste documento devem constar todas as tarefas a serem efetivadas desde os Agentes Comunitários de Saúde até o profissional médico, prevendo inclusive a inserção do profissional nutricionista, assistente social e do educador físico.

Tal documento deve ser elaborado de forma que atente para “o cuidado em saúde voltado a uma visão integral do usuário hipertenso em todos os aspectos- a pessoa por inteiro, contemplando uma postura acolhedora com escrita atenta, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização” (COSTA, 2000, p. 73). Assim, é necessária que a rede de assistência seja vista de forma integral,

potencializando os recursos disponíveis para que se possam oferecer respostas mais adequada, completas e resolutivas quando da necessidade do usuário.

Neste sentido, Malta *et al* (2004) expõe que a linha de cuidado deve ser articulada, primeiramente, no campo da gestão, na qual deve-se buscar todos os recursos para sua efetivação, ou seja, os determinantes sociais, medidas que regulamentam a partir da legislação, no equacionamento de tecnologias, instrumentos, para, enfim, as ações, no processo saúde-doença quando do trabalho vivo, possa de fato ser efetiva. Portanto, a essencialidade desse atendimento deve proceder à perspectiva da construção do cuidado com vias a centrar-se nos usuários e suas necessidades, deixando de lado modelos que se voltam a atender aos interesses do mercado.

3. METODOLOGIA

O alvo do projeto de intervenção é a proposta de reorganização do atendimento ao hipertenso na Secretaria Municipal de Saúde do município de Lapa Pr. Para tanto contemplará as seguintes etapas:

- Revisão da literatura e pesquisas bibliográficas com aprofundamento do tema em questão de forma a possibilitar uma avaliação das contribuições dos estudos produzidos em relação à sistematização do atendimento aos pacientes hipertensos.

Conforme as colocações de Broome (2003), ao se construir um conceito necessita-se do reconhecimento de pesquisas na área, bem como de quais questões que permanecem sem respostas. Assim, a questão a nortear este estudo está baseada no desejo de verificação das medidas mais adequadas para a reorganização da atenção a saúde do hipertenso à luz da linha de cuidado no município da Lapa.

- Negociação com o município, através de requerimento de solicitação para realização da proposta de intervenção.

- Diagnóstico Situacional do atendimento ao hipertenso na Secretaria municipal de Saúde da Lapa PR, de forma a subsidiar a proposta de intervenção.

- Assim a elaboração do Protocolo de atendimento ao hipertenso para o município é uma ferramenta necessária para assegurar condutas uniformes entre as equipes, propiciando condições para a integralidade e continuidade do tratamento, com maior segurança para o paciente.

4. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA: SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DA LAPA

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

A Secretaria de Saúde da cidade de Lapa – PR é o órgão responsável pela Execução da política municipal de saúde, prestando assistência médico hospitalar a população do município; pelo encaminhamento a postos de saúde, hospitais e outros serviços de atendimento médico às pessoas necessitadas de internamento.

É responsável ainda pela fiscalização sanitária, em conformidade com a legislação vigente; recomendação das medidas necessárias ao saneamento de áreas insalubres, prestação de socorro médico urgente; administração dos hospitais, postos de saúde e outros estabelecimentos de atendimento médico do município; execução do atendimento odontológico curativo e preventivo, notadamente na população infantil; propõe soluções para o equacionamento do problema de higiene buco dentária e de suas manifestações, mantimento de convênios e execução de programas dentro do Sistema Universalizado e descentralizado de saúde (Sistema Único de Saúde) e, outras que venham a substituí-lo; pesquisa, planejamento, orientação, fiscalização, coordenação e execução de medidas que visem à promoção, preservação e recuperação da saúde da população do município; executar outras tarefas correlatas determinadas pelo Prefeito (LAPA, 2011).

A Secretaria de Saúde da Lapa dispõe de 302 funcionários e um orçamento anual de R\$ 12.000.000,00 a R\$ 15.000.000,00. Área de atuação- Atenção primária a saúde, Atendimento de Urgência e Emergência (Pronto Atendimento) e Maternidade (LAPA, 2011).

Produtos ou Serviços: Clínica médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica. Programa saúde da Família (ESF), Serviços especializados de Fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia.

Atendimento Psiquiátrico e Psicológico em ambulatório de Saúde mental para adulto. Atendimento Psicossocial (CAPS), Vigilância em Saúde, atendimento aos Quilombolas e Assentamentos.

Estruturas Físicas: 01 Centro de Saúde, 01 Farmácia Municipal, 01 Central Pediátrica, 01 Clínica da Mulher, 01 Central Especializada, 01 Central Odontológica, 01 Centro de Atendimento Psicossocial, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 06 Equipes de Saúde da Família, 06 Unidades Distritais, 01 Pronto Atendimento, 01 Maternidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Lapa- Paraná teve origem com a Lei nº 1164 de 30 de Novembro de 1992, sancionada pelo Prefeito Sérgio Augusto Leoni, que entrou em vigor em 01-01-1993. Ficam revogadas as leis nº 819 de 09-12-83; 986 de 24-05-89; 979 de 22-03-89; 988 de 08-06-89; 999 de 12-10-89; 597 de 05-12-74, e demais disposições em contrário (LAPA, 2011).

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

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

O Quadro 1 demonstra em seus registros o número de portadores de hipertensão arterial cadastrados e alimentação de dados no Sistema Hiperdia, Lapa/PR, 2002/2010, bem como a falta de registros em determinados períodos.

Portadores/ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hipertensos	2083	512	0	0	48	42	0	0	174
Total	2083	512	0	0	48	42	0	0	174

Fonte: Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes/DAB/SAS/MS.

*Nos anos de 2004, 2005, 2008, 2009 não houve registros.

A cidade da Lapa possui uma população total de 44.932 habitantes, sendo a população residente na área urbana 27.222 pessoas e a população residente na área rural 17.710 pessoas (Censo Demográfico- IBGE-2010).

As localidades atendidas pelo Hiperdia, abrangendo a Zona Rural (mensalmente): Colônia Municipal, Rio dos Patos, Campo de Telha, Mato Preto Amaro, Mato Preto Paiol, Mato Preto Povinho, Água Vermelha. Sendo que em algumas comunidades da Zona Rural são realizadas Visitas Domiciliares, tais como: Alves, Campina, Colônia Joanesdorf, Marafigo, São João Caíva.

Na Zona Urbana, o Programa Hiperdia atende, mensalmente, aos Bairros: Cohapar II, Jardim Primavera, Cascata, Santa Zélia, Barcelona, Cristo Rei, Avenida do Monge, Cidade Nova e as Vilas: José Lacerda, Estação e Esperança. No centro da cidade atende ao Lar dos Idosos São Vicente de Paulo, o Conjunto Renascer e no Clube 7 de Setembro.

O Quadro 2 demonstra de acordo com o Relatório Comparativo das Atividades registradas no Programa Hiperdia, nº de pacientes atendidos referentes aos anos de 2008 a 2010.

Urbano	2008	2009	2010	Rural	2008	2009	2010
Atendimentos	3.067	3.584	3.241	Atendimentos	1.552	1.962	1.930
Visitas Domiciliares	119	609	1.397	Visitas Domiciliares	104	286	625
Total	3.186	4.193	4.638		1.656	1.248	2.555

Fonte: Relatório Anual de Gestão/2010

No município da Lapa, junto a Secretaria Municipal de Saúde encontram-se duas Equipes Saúde da Família na Zona Urbana e quatro na Zona Rural. As Unidades Distritais dispõem de uma equipe e o Programa Hiperdia uma equipe. O Ministério da Saúde preconiza que considerando que uma equipe possua sob sua competência 800 famílias e que tenha em média, cinco integrantes, com uma população estimada de 4000 pessoas por equipe.

Essas Equipes oferecem Serviços de Atenção Básica, visando à promoção de ações de caráter individual e coletivo, as quais se voltam para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

De acordo com os dados levantados na Secretaria de Saúde Municipal, as Equipes Saúde da Família alcançam uma cobertura de atendimento do Hiperdia de **48,21%** da população do município, sendo que as outras áreas passam a ser atendidas pelo Centro de Saúde, pelas Unidades de Saúde da Zona Rural que também desenvolvem ações básicas de saúde. A análise situacional demonstra nos dados apurados que tanto o Programa Hiperdia quanto as Equipes Saúde da Família apresentam problemas e dificuldades, tais como:

- Funcionamento em local inadequado;
- Grande demanda espontânea e pouca disponibilidade de consultas médicas;
- Poucos profissionais médicos;
- Necessidade da elaboração do Protocolo com treinamento dos Profissionais.
- Dificuldade da troca de receita e avaliação médica dos hipertensos e diabéticos nas localidades sem profissional médico. Nas Unidades Distritais e Programa Hiperdia não há a presença do médico.
- Dificuldade em digitar os cadastros e acompanhamentos;
- Os grupos atendidos nas Unidades de Saúde, ESF e UD, não são digitados mensalmente;
- Falta de profissionais para uma equipe multidisciplinar.

As reuniões com os pacientes acontecem mensalmente nas comunidades, são pré-agendadas, realizadas em locais como salões das igrejas, escolas, clubes de mães, etc. Nas reuniões verifica-se a pressão arterial, glicemia capilar, orientação sobre acompanhamentos e agravos, encaminhamentos se necessário, distribuição dos medicamentos padronizados e as visitas domiciliares aos acamados e idosos portadores de patologias.

Constata-se que, atualmente, o programa de Hiperdia não conta mais com a equipe multidisciplinar. Assim, em função da menção acerca da necessidade de uma equipe multidisciplinar, busca-se nas observações feitas pelo Ministério da Saúde, o qual destaca que “a abordagem multiprofissional é de fundamental importância para o tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas” (BRASIL, 2006, p. 24). Diante disto, percebe-se que frente às doenças crônicas, a hipertensão arterial necessita de procedimentos que visem incentivar o paciente quanto à adesão ao tratamento, para que tenha continuidade de cuidado, evitando agravos da doença.

5. PROPOSTA

5.1- Desenvolvimento da proposta

No segundo momento propor-se-á a reorganização do atendimento ao hipertenso na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Lapa PR. É importante esclarecer que o atendimento ao hipertenso existe na referida Secretaria, no entanto como aponta o diagnóstico situacional há necessidade de reestruturação e para tanto se faz necessário as seguintes etapas:

5.2 Plano de implantação

- Para a reorganização do atendimento ao hipertenso na Secretaria Municipal de Saúde da cidade da Lapa, é necessário primeiramente reestruturar a equipe multidisciplinar com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. Estes profissionais serão constantemente motivados e capacitados, objetivando o atendimento integral dos pacientes, tendo como estratégias principais: a promoção da saúde, prevenção de complicações da doença, seus agravos e conseqüente hospitalização.

- Reunião com gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Município e a equipe multidisciplinar para apresentação da proposta..

- Proposta de protocolo de atendimento que ofereça a garantia do diagnóstico e proporcione a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento de qualidade aos hipertensos que seguirá determinadas etapas:

Avaliação e estratificação da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), contemplando:

Anamnese – com orientação dos seguintes pontos: hábitos alimentares, histórico familiar de hipertensão arterial, qualidade de vida, uso de medicamentos,

substâncias lícitas e ilícitas, sinais ou sintomas de lesões em órgãos-alvo, fator idade, condições sócio econômico etc.

Exame físico – pulsos carotídeos, pressão arterial, peso, fâcies, pescoço, precórdio, abdômem, o estado neurológico e de fundo do olho, pulsos nos membros inferiores,

Avaliação laboratorial – exame de urina (bioquímica e sedimento), creatinina sérica, potássio sérico, glicemia sérica, colesterol total e eletrocardiograma de repouso.

Estratificação dos portadores:

Grupo de risco baixo- incluem homens com idade menor de 55 anos e mulheres com idade abaixo de 65 anos, com hipertensão de grau I e sem fatores de risco.

Grupo de risco médio- incluem portadores de HAS grau I ou II, com um ou dois fatores de risco cardiovascular.

Grupo de risco alto- incluem portadores de HAS grau I ou II que possuem três ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau III, sem fatores de risco.

Grupo de risco muito alto- incluem portadores de HAS grau III, que possuem um ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta.

Tratamento da Hipertensão Arterial:

O tratamento da HAS incluirá as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. O tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular é essencial para a redução da mortalidade cardiovascular.

O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (motivação de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas).

A mudança nos hábitos de vida pode ser obtida se houver uma estimulação constante em todas as consultas, ao longo do acompanhamento. Para tanto, na

ocasião da consulta na Unidade Básica, o paciente hipertenso pode ser encaminhado para atendimento com os outros profissionais da equipe de acordo com suas necessidades.

Nas reuniões mensais da equipe do Hiperdia e das Equipes da Saúde da Família é interessante seguir um cronograma com palestras ministradas pelos profissionais da equipe. Entre os temas abordados nas palestras podem ser destacados:

A Hipertensão Arterial suas manifestações e complicações- Médico

O cuidado com a medicação e com o Hipertenso- Enfermeira

A importância da Alimentação e Nutrição na Hipertensão Arterial, Dieta para Hipertensão, Oficinas sobre alimentação hipossódica- Nutricionista

Você não está sozinho- trabalhando a auto -estima- Psicólogo

Tabagismo- Assistente Social

Alcoolismo- Assistente social e Psicólogo

Atividade Física e os benefícios para o Hipertenso- Fisioterapeuta

Além das palestras, nos encontros, os pacientes podem ser atendidos individualmente, de acordo com suas necessidades, tendo a devida orientação que sanará dúvidas, proporcionando segurança para o auto cuidado.

Os profissionais da equipe utilizando material áudio-visual no espaço para os encontros, bem como material didático que possam ser ofertados aos pacientes , contribuirão para maior adesão destes pacientes ao tratamento.

A auxiliar de enfermagem e agente de saúde por ocasião dos encontros aferirá a pressão arterial dos pacientes, a glicemia capilar, o peso e distribuirão os medicamentos necessários prescritos pelo médico.

É importante que todos os procedimentos sejam devidamente anotados na carteira de atendimento de cada paciente.

Tratamento medicamentoso da HAS

Com base na estratificação do risco individual associada não somente aos níveis pressóricos, mas também aos fatores de risco e às comorbidades, pode se decidir pelo uso de medicamentos.

Quando da opção pelo uso de drogas anti-hipertensivas algumas noções básicas devem ser lembradas:

Iniciar sempre com doses menores do que as preconizadas;

Evitar os efeitos colaterais, associando nova droga antes da dose máxima estabelecida, favorecendo associações de baixas doses;

Estimular a medida da PA no domicílio, sempre que possível; sempre que houver alteração significativa de pressão fazer um controle diário de aferição, anotando pelo menos por uma semana os valores da pressão arterial;

O paciente deve ser orientado quanto ao uso do medicamento, horário mais conveniente, relação com os alimentos, sono, diurese e mecanismo de ação;

Antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitorar a adesão o que significa o paciente estar com a pressão controlada e aderente as recomendações de mudanças de hábitos de vida. A principal causa de hipertensão arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida.

Os medicamentos distribuídos são prescritos pelo médico e padronizados pela Secretaria.

Urgência e Emergência em Hipertensão arterial:

Crise hipertensiva

Os pacientes portadores de alterações pressóricas importantes acompanhadas de cefaléia, alterações visuais recentes, dor no peito, dispnéia e obnubilação devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência.

É importante diferenciar dessas situações os quadros de alterações pressóricas que ocorrem em situações de estresse emocional e a elevação da pressão arterial desacompanhada de sintomas. Um simples ajuste terapêutico poderá, nesses casos, promover o adequado controle da pressão arterial, sendo necessários alguns dias de observação. O aumento pressórico pode surgir também como consequência da interrupção súbita do tratamento.

Classificação da crise:

Urgência hipertensiva

Aumento súbito da pressão arterial não associada a quadros clínicos agudos como obnubilação, vômitos, dispnéia e que assim não apresentam risco imediato de

vida ou dano em órgão-alvo. Nessa situação, a pressão arterial pode ser controlada em 24 horas.

Emergência hipertensiva

Aumento súbito da pressão arterial, acompanhado de sinais e sintomas indicativos de dano importante em órgãos alvo e risco de vida. Os exemplos mais comuns dessas situações são presença de edema agudo pulmonar, infarto agudo do miocárdio, aneurisma dissecante da aorta, acidente vascular encefálico e encefalopatia hipertensiva. Nessas situações, indica-se sempre a hospitalização e, se possível, o tratamento inicial preconizado para os diversos tipos de emergências cardiológicas.

Cuidados especiais devem ser adotados com os quadros de AVC, quando a diminuição súbita da pressão arterial pode tornar-se extremamente danosa para o paciente.

Critérios de encaminhamento para referência e contra-referência:

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador da HAS, faz-se necessária uma normalização para acompanhamento, mesmo na unidade básica de saúde.

Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência.

Critérios de encaminhamento para unidades de referência:

Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)

Insuficiência renal crônica (IRC)

Suspeita de HAS e diabetes secundários

HAS resistente ou grave

É importante que o paciente ao procurar a Unidade Básica de Saúde, tenha um atendimento humanizado e quando for preciso seja conduzido ao longo da rede, de forma a lhe proporcionar segurança, com tratamento integral e melhoria do estado geral.

Por ocasião da hospitalização, no momento da alta, através de uma parceria da Secretaria de Saúde e os Hospitais da rede, o paciente será orientado sobre a importância do tratamento da HAS e o Programa Hipertensão. Se for cadastrado terá orientação da equipe do Hospital para retornar ao Programa. Caso não seja cadastrado será orientado e motivado a participar do Programa. Essas ações ajudarão na adesão e continuidade do tratamento, para que não se interrompam os cuidados por ocasião da alta.

A realização de campanhas educativas periódicas pela equipe multidisciplinar é importante para a conscientização da população sobre os fatores de risco da HAS, a prevenção, agravos e complicações.

Esta proposta de protocolo será embasada no Protocolo do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica- Caderno 7 e estará sujeita a avaliação e ajustes pelos gestores da Secretaria Municipal e equipe multidisciplinar.

- Em reunião com os Gestores da Secretaria e a equipe multidisciplinar sendo apresentado o protocolo como ferramenta importante para a reorganização do atendimento ao hipertenso, caberá à equipe juntamente com os gestores, avaliar o protocolo, fazendo as modificações e ajustes necessários. Serão realizadas reuniões para ajustes até que este seja aprovado por toda a equipe, com o intuito de assegurar um atendimento integral e de qualidade ao hipertenso.

- O monitoramento dar-se-á através do registro das atividades realizadas, visitas nas unidades de atendimento, levantamento de dados de atendimento, reunião com os profissionais.

- A avaliação será constante durante todo o processo, tanto para motivar a equipe, quanto para analisar melhorias na qualidade do atendimento.

5.3 RECURSOS

Para a implantação e operação do sistema proposto será necessária a equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. Um técnico administrativo e um auxiliar administrativo para a alimentação e o cadastro dos dados no Sistema

Hiperdia, bem como o registro do controle de dados de todas as ações voltadas para a reorganização do atendimento ao hipertenso.

Os recursos financeiros são disponíveis ao Município através de verbas para o Hiperdia e atendimento nas Unidades Básicas. Para a contratação da equipe multidisciplinar existe lista de espera para chamamento de concurso público realizado.

Os materiais necessários para realização do projeto são: carro disponível para transporte da equipe na área urbana e rural. Computador com impressora específico para o Sistema Hiperdia, registros e trabalhos referentes ao atendimento ao hipertenso. Data show, material didático sobre hipertensão para ser distribuído por ocasião dos encontros e campanhas. Material de expediente como canetas, lápis, papel sulfite, cartolinas, fita crepe, cola, canetas coloridas, borracha.

As instalações necessárias constam de uma sala própria para técnico e auxiliar administrativo que trabalharão com os dados referentes ao atendimento ao hipertenso. Uma sala para reuniões da equipe de profissionais, e da equipe com os Gestores da Secretaria. Sala para atendimento individualizado do hipertenso e o profissional sempre que necessário. Ambiente adequado para reuniões da equipe com os pacientes hipertensos nos encontros mensais.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com este projeto de intervenção a diminuição dos agravos, complicações e casos de hospitalização por hipertensão arterial. Que melhore a qualidade de atendimento com a integração dos serviços na construção de uma linha de cuidado que avance no sentido da integralidade. Estima-se uma considerável redução dos casos de agravos, complicações e hospitalização por hipertensão arterial. Os indicadores serão o nº de consultas por hipertensão, nº de pacientes em observação no Pronto Atendimento por elevação da pressão arterial, nº de pacientes hospitalizados por hipertensão e reinternamentos, nº de óbitos por agravos e complicações da HAS.

5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

A adesão ao tratamento é um desafio a ser enfrentado, sendo a hipertensão uma doença crônica, para a qual o tratamento requer mudanças nos hábitos de vida. É preciso que o paciente seja acolhido, com tratamento humanizado, recebendo informações e constante motivação, para que entenda que não está sozinho, formando vínculo com os profissionais e as unidades de saúde.

A desmotivação dos profissionais diante do sofrimento e da doença interfere na forma de atendimento, no cuidado aos pacientes. Para tanto é necessário a constante capacitação e motivação dos profissionais, reuniões para comemoração de resultados positivos.

6. CONCLUSÃO

Sendo a hipertensão arterial um grave problema de saúde pública, o presente projeto propõe a reorganização do atendimento ao hipertenso na Secretaria de Saúde da cidade da Lapa, uma vez que este atendimento já existe, porém, suscetível de uma reestruturação. O que se pretende é o atendimento do paciente em sua integralidade, evitando agravos e complicações da doença, a promoção da saúde e melhor qualidade de vida.

Para vencer o grande desafio da adesão do paciente ao tratamento, bem como proporcionar um cuidado voltado a uma visão integral ao hipertenso é importante a reestruturação da equipe multidisciplinar como fator primordial para a continuidade do tratamento. A elaboração do protocolo de atendimento ao hipertenso tem o objetivo de melhorar o cuidado oferecido auxiliando tecnicamente os profissionais, orientando as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, com linhas de cuidado que envolva todos os serviços.

É importante que o paciente hipertenso ao procurar a Unidade de Saúde, tenha um atendimento humanizado, constituindo vínculos com os profissionais e as

unidades de saúde, recebendo diversas ações que colabore com a melhoria de seu estado geral, sua qualidade de vida e autonomia.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde.** Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília: MS/SAS/DAB, 2006.

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica- HAS e Diabetes Mellitus-Dm Protocolo** Cadernos de Atenção Básica nº 7. Brasília: MS/SAS/DAB, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabete mellito: hipertensão arterial e Diabete melito. 1ed. Brasília: Editora MS, 2003.

BROOME, M. E. **Concepções de métodos em pesquisa.** Porto Alegre: Artmet, 2003.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003.

COSTA, M. A. F. da **Qualidade em Biossegurança.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

LAPA. **Lei nº 1164 de 30 de Novembro de 1992.** Dispõe sobre a Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal da Lapa, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.lapa.pr.gov.br/>>. Acesso em: 28/08/2011.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde. In: MERHY *et al.* (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Revista Ciência em Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.433-44, dez./2004.

_____; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Revista Ciência em Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 319-30, dez./2007.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2010.

MICHIELIN, Francisco *et al.* **Doenças do Coração**. São Paulo: Robe, 2003.

MION JUNIOR, Décio (Coord.). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.

VASCONCELOS, L. C. **Introdução à regulação à saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANSS, 2008.

WESTPHERAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de. **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: Edusp, 2001.