



Projeto de Intervenção para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), na Unidade Básica de Saúde Madalena de Almeida, Caatiba, BA

Intervention Project for the Control of Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) at the Madalena de Almeida Primary Health Care Unit, Caatiba, BA

Daizy Vieira Santana

Claudia Aparecida Fernandes Cordeiro

Liliany Mara Silva Carvalho

Resumo: Considerada uma condição clínica multifatorial a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se caracteriza pela elevação sustentada dos níveis pressóricos, compreendidos entre ≥ 140 e/ou 90 mmHg, sendo de forma frequente associada aos distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, as quais são agravadas mediante a presença de outros fatores de risco. Diabetes mellitus (DM) é uma condição metabólica caracterizada pela hiperglicemia, ou seja, níveis elevados de glicose no sangue, devido a problemas na produção ou na ação da insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas que regula a glicose. O objetivo deste projeto consiste em criar um plano de intervenção para atuar no controle da HAS e DM junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia, com a finalidade de promover a adesão aos programas ofertados para diminuição e controle das patologias referidas. Como percurso metodológico foi elaborado um Planejamento Estratégico Situacional, bem como uma breve revisão bibliográfica nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e do Ministério da Saúde, com espaço temporal dos últimos 10 anos. Os resultados evidenciados permitiram compreender os nós críticos aos quais, citam-se: inadequados hábitos e estilo de vida, oriundos de má alimentação (muitos pela baixa condição socioeconômica), obesidade e sedentarismo; grande parte da população, desconhece os fatores de riscos intrínsecos à HAS/DM e, dessa forma, não procuram a ESF; e pouca efetividade das ações estratégias traçadas pela ESF Madalena de Almeida, junto ao processo de trabalho da Equipe de Saúde, quanto ao programa de intervenção sobre a HAS/DM. Espera-se que haja controle pressórico e metabólico relacionado à ingestão de dieta adequada, à realização regular de atividade física e ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita.

Palavras-chave: hipertensão; diabetes mellitus; estilo de vida; estratégia de saúde da família.

Abstract: Considered a multifactorial clinical condition, systemic arterial hypertension (SAH) is characterized by a sustained increase in blood pressure levels, defined as ≥ 140 and/or 90 mmHg, and is frequently associated with metabolic disorders and functional and/or structural changes in target organs, which are exacerbated by the presence of other risk factors. Diabetes mellitus (DM) is a metabolic condition characterized by hyperglycemia, that

is, elevated blood glucose levels, due to problems in insulin production or action. Insulin is a hormone produced by the pancreas that regulates glucose levels. The objective of this project is to develop an intervention plan aimed at controlling SAH and DM among the population served by the Family Health Strategy (FHS) Madalena de Almeida, located in the rural area of Serra Pelada, in the municipality of Caatiba, Bahia, with the purpose of promoting adherence to the programs offered for the reduction and control of these conditions. As the methodological approach, a Situational Strategic Planning was developed, along with a brief literature review in the databases Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, and the Ministry of Health, covering the last ten years. The results made it possible to identify critical issues, including inadequate habits and lifestyles resulting from poor diet (often due to low socioeconomic conditions), obesity, and physical inactivity; lack of knowledge among a large portion of the population regarding the intrinsic risk factors associated with SAH/DM, leading to low demand for FHS services; and low effectiveness of the strategic actions implemented by the Madalena de Almeida FHS in relation to the work process of the health team and the intervention program for SAH/DM. It is expected that blood pressure and metabolic control will be achieved through adequate dietary intake, regular physical activity, and adherence to prescribed pharmacological therapy.

Keywords: hypertension; diabetes mellitus; lifestyle; family health strategy.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que afetam o sistema cardiovascular e o metabolismo, respectivamente. A HAS e a DM não controladas podem levar a complicações graves, como infarto agudo do miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), insuficiência renal e problemas cardíacos. Ambas as condições estão frequentemente associadas e juntas têm como fatores de risco: obesidade, sedentarismo e má alimentação.

De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), no ano de 2021, Caatiba, município do estado da Bahia, possui uma população estimada de 6.205 habitantes, com densidade demográfica de 12,11 ...”

Correção: O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) foi de 0,561, no ano 2010, estando abaixo da média do Brasil para o mesmo ano. Ainda de acordo com o IBGE no município de Caatiba o produto interno bruto (PIB) per capita era de R\$ 12.419,86 (doze mil, quatrocentos e dezenove reais e oitenta e seis centavos), no ano de 2021.

Em relação ao trabalho e rendimento, no ano de 2021, o salário médio mensal era de 1,5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12,25%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 41,4% da população nessas condições (IBGE, 2022).

De acordo com o IBGE (2010) a cidade de Caatiba possui sete estabelecimentos de saúde pelo SUS, sendo um hospital Municipal e três ESF, com 60,4% de esgotamento sanitário adequado, e não conta com dados sobre mortalidade infantil e doenças diarreicas.

A ESF Madalena de Almeida tem por atividade principal o ambulatório, com fluxo de clientela de demanda espontânea, voltada para o nível de atenção básica, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontra sob a gestão municipal de Caatiba.

A ESF Madalena de Almeida possui 01 consultório com clínica médica, 01 consultório odontológico e 01 sala de curativo, com serviços de atenção primária e imunização, bem como saúde bucal. A ESF funciona de segunda a sexta-feira das 7 às 17h. O agendamento de consultas é diário, permanente, sem data de abertura e fechamento. Todos os membros da equipe cumprem 40 horas semanais.

Como estruturas físicas da atenção básica são instaladas próximas da vida dos usuários, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade, tendo como principais serviços oferecidos pela ESF: consultas médicas, injeções, curativos, vacinas, coleta de exame colpocitológico, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

No período da manhã a equipe trabalha com demanda espontânea e o turno da tarde é destinado à atenção pré-natal, puericulturas, atendimento a hipertensos e diabéticos e outras afecções crônicas em demanda programada, além de visitas domiciliares. Dentro desse cenário, o dia a dia da ESF Madalena de Almeida abrange ações da atenção primária focadas na prevenção. Outros procedimentos, tais como cantoplastia, drenagem de abscessos, lavagem otológica, suturas, sondagens vesicais, entre outros, também são feitos pela equipe da ESF Madalena de Almeida.

Na ESF Madalena de Almeida o objetivo consiste em orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atenção superiores em complexidade, com abrangência na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e na reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde apresentadas pela população da localidade em que atuamos, cuja área delimitada é a área rural.

As reuniões em equipe para discutir os casos dos usuários, as melhorias e as dificuldades vivenciadas pela equipe são realizadas atualmente a cada 15 dias. Com a Equipe Multidisciplinar, que tem como composição médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e outros profissionais de saúde, tem permitido uma diversidade de especialidades proporcionada por uma abordagem holística e abrangente no cuidado ao paciente.

Os pilares da Atenção Básica estão voltados para os serviços de saúde, cujo foco está na medicina preventiva e curativa, se utilizando dos pilares do SUS: a universalidade, integralidade e equidade, focando a atenção básica em eixos voltados para um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, para abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se mostra com fundamental importância para melhorar os indicadores de saúde relacionados a DCNT. Neste contexto, a ESF Madalena de Almeida no município

de Caatiba-BA, como tantas outras no Brasil, enfrenta problemas com relação ao acolhimento e acompanhamento dos pacientes acometidos por HAS e DM, sendo por este motivo objeto deste Projeto de Intervenção.

JUSTIFICATIVA

Os municípios baianos enfrentam desafios significativos em relação às DCNT, como HAS e DM. Essas condições de saúde afetam uma parcela significativa da população, apresentando impactos profundos na qualidade de vida e na infraestrutura de saúde local. Um dos principais problemas enfrentados pelos municípios é a falta de acesso a serviços de saúde adequados.

Muitas comunidades enfrentam escassez de profissionais de saúde qualificados, o que dificulta o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz dessas doenças. Além disso, a infraestrutura de saúde muitas vezes é inadequada para lidar com a demanda crescente por serviços relacionados à HAS e DM.

Outro desafio é a falta de conscientização e educação sobre prevenção e manejo dessas doenças. Muitas pessoas desconhecem os fatores de risco associados à HAS e DM, bem como as medidas preventivas que podem adotar para reduzir seu risco. Isso pode levar a diagnósticos tardios e agravamento das condições de saúde.

Além disso, questões socioeconômicas, como pobreza, acesso limitado a alimentos saudáveis e estilo de vida sedentário, contribuem para a prevalência dessas doenças em muitas comunidades baianas. A falta de recursos financeiros pode dificultar o acesso a uma dieta balanceada e a medicamentos essenciais para o controle da pressão arterial e glicose no sangue.

Diante de patologias como HAS e DM, identificadas junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na Zona Rural de Serra Pelada, em Caatiba-BA, a busca é pela organização da atenção básica em diferentes níveis de complexidade. Nesse contexto, este trabalho preza pela possibilidade de encaminhamento dos pacientes para serviços especializados quando necessário, com vistas a garantir uma integração eficiente entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Reconhece a importância da família como unidade básica de cuidado e deseja promover ações voltadas para o fortalecimento dos vínculos familiares e o apoio às famílias em situações de vulnerabilidade.

A justificativa para tal abordagem é por compreender que a discussão dessa temática é tão importante e nasce do entendimento da necessidade de uma implementação bem-sucedida da ESF, a qual requer um forte investimento em capacitação de recursos humanos, infraestrutura adequada, sistemas de informação em saúde e participação comunitária. Entendemos que quando bem executada, a ESF tem o potencial de melhorar significativamente os indicadores de saúde da população, reduzindo a incidência de doenças evitáveis e aumentando o acesso aos serviços de saúde, especialmente para os grupos mais vulneráveis da sociedade.

Diante disso, pretende-se promover os programas a partir da capacitação da Equipe de Saúde da ESF Madalena de Almeida, para que possam atingir os objetivos estratégicos das ações traçadas junto aos Projetos “Emagrecendo com Saúde: Emagre+Ser”, “Eu te informo para que você conheça”, e, “Prevenção da HAS e DM: caminhando para que seja promovida a saúde”.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Implantar um plano de intervenção para atuar no controle da HAS e DM junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia, com a finalidade promover a adesão aos programas ofertados para diminuição e controle das patologias referidas.

Objetivos Específicos

1. Elaborar um programa de emagrecimento e atividade física funcional para que os pacientes atendidos na ESF Madalena de Almeida, possam modificar o estilo de vida sedentária e, com isso, possamos promover saúde diminuindo os índices e controlando a HAS e DM.
2. Criação de programa informacional acerca da HAS, DM e patologias intrínsecas com palestras em grupos de risco, com elaboração de campanhas educativas na comunidade, incluindo as escolas e as comunidades religiosas na localidade.
3. Melhorar o trabalho operacional da Equipe de Saúde na ESF Madalena de Almeida, promovendo a capacitação com treinamentos adequados e oferta de estrutura física adequada para que estes possam promover maior frequência dos pacientes aos tratamentos contínuos voltados para a HAS e DM.

METODOLOGIA

Foi realizado um diagnóstico situacional da comunidade, por meio do método de estimativa rápida, para identificar os principais problemas que afetam a população, a fim de propor um projeto de intervenção com vistas à melhoria da qualidade de saúde da população.

O perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Madalena de Almeida, localizada na Zona Rural de Serra Pelada, em Caatiba-BA, tem como principais indicadores:

- Portadores de HAS cadastrados;
- DM cadastrados.

Entre as principais causas de morte na comunidade, pode-se constatar que a primeira causa é para indivíduos portadores de doenças cardiovasculares que se complicaram principalmente com AVE, seja ela pelo curso da doença ou até mesmo por má adesão ao tratamento, seguida por doenças neoplásicas. Esta causa tem maior relação com a área rural a que a ESF está inserida, com a incidência de DM e suas complicações e com a longevidade dos usuários da zona rural.

As internações ocorrem principalmente devido a cardiopatias descompensadas, principalmente naqueles pacientes portadores de HAS que se complicam devido à patologia não ser bem controlada, ocorrendo principalmente crises hipertensivas e AVE. Há também a existência de um grande número de internações em pacientes com dependência de álcool para tratamento de complicações e, posteriormente, acompanhados pelo serviço de psiquiatria.

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico da situação de saúde, na ESF Madalena de Almeida, destaca-se pela equipe: a prevalência de pacientes com HAS, os quais não têm uma adequada adesão ao tratamento o que origina falta de controle da doença e maior risco de aparecimento de complicações; prevalência de DM com tratamentos irregulares que favorecem às complicações; baixo nível de escolaridade na população adulta; e, alta prevalência de uso indiscriminado de ansiolíticos.

O diagnóstico diário tem confirmado essa problemática que incide, também, em outras patologias associadas, como principal, as dislipidemias e obesidade, ocasionadas por uma má alimentação. E, dentro desse cenário, na ESF Madalena de Almeida, os problemas que mais chamam a atenção da equipe de saúde são os que apresentam HAS e DM.

As ações de atenção básica devem ser desenvolvidas por meio do cuidado, do exercício de práticas gerenciais, educativas e assistenciais, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados.

Esse cuidado se dá a partir da territorialização, quando as equipes da ESF são responsáveis por uma área geográfica específica e pela população que reside nela, permitindo uma melhor compreensão das características epidemiológicas, sociais e culturais da comunidade atendida, facilitando a adaptação dos serviços de saúde às necessidades locais, estabelecendo vínculos e ações de promoção e prevenção, que no caso em específico desse Plano de Intervenção, a priorização dos problemas, selecionados foram as doenças como HAS e DM.

Insta esclarecer que na ESF Madalena de Almeida, há o registro de 1.013 usuários cadastrados, sendo que 74 são diabéticos e 251 são hipertensos.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Madalena de Almeida, zona rural de Serra Pelada, município de Caatiba, Bahia.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Prevalência de pacientes com HAS sem controle adequado	Alta	7	Parcial	1
Prevalência de DM com tratamentos irregulares	Alta	5	Parcial	2
Baixo nível de escolaridade de população adulta	Alta	4	Parcial	3
Alta prevalência/uso indiscriminado de ansiolíticos	Alta	3	Parcial	4
Má alimentação o que ocasiona dislipidemia e obesidade	Média	2	Parcial	5

Fonte: elaboração própria, 2024.

**Alta, média ou baixa*

*** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30*

****Total, parcial ou fora*

*****Ordenar considerando os três itens*

Este plano de intervenção ocorrerá junto aos pacientes atendidos na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia.

Adotamos como procedimentos metodológicos as distribuições nas constantes das seguintes etapas: diagnóstico situacional, identificando os problemas e elencando um problema com maior relevância, urgência e com capacidade de enfrentamento por parte da equipe de saúde da família; revisão bibliográfica da literatura e plano de intervenção.

A importância de se compreender os nós críticos, parte necessariamente da identificação das causas existentes na problemática junto à ESF Madalena de Almeida, quando da avaliação, de forma detalhada dos problemas com a elevação da HAS e do DM, onde cabe à equipe traçar soluções eficientes e eficazes para atenuar os problemas existentes.

Dentro desse contexto, foi definido pela equipe da ESF Madalena de Almeida a elevada prevalência de hipertensos em jovens, com idade < 40 anos, salientando que no diagnóstico percebeu-se a associação dos seguintes aspectos:

- Inadequados hábitos e estilo de vida, oriundos de má alimentação (muitos pela baixa condição socioeconômica), obesidade e sedentarismo;
- Grande parte da população, desconhece os fatores de riscos intrínsecos à HAS e, dessa forma, não procuram a ESF;

- Pouca efetividade das ações estratégicas traçadas pela ESF Madalena de Almeida, junto ao processo de trabalho da Equipe de Saúde, quanto ao programa de intervenção sobre a HAS.

Em relação à DM, os 74 casos diagnosticados têm relação direta com:

- Um histórico familiar de diabetes tipo 2;
- Associada a fatores de risco modificáveis e não modificáveis;
- Excesso de peso, especialmente a gordura abdominal, com resistência à insulina;
- Falta de atividade física contribuindo para o ganho de peso e resistência à insulina;
- Dieta ricas em açúcar e gordura e baixas em fibras e nutrientes;

Mediante a coleta dos dados, foi elaborado um projeto de intervenção baseado nos dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos do módulo do Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (Faria; Campos; Santos, 2017).

Nos quadros apresentados a seguir, desenhou-se as Operações e demais passos do PES para os “Nós Críticos” do problema de saúde identificado na ESF Madalena de Almeida, que foi a alta prevalência de HAS e incidência de DM.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS, sem controle adequado e DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Madalena de Almeida, zona rural de Serra Pelada, município de Caatiba, Bahia.

Nó crítico 1	Inadequados hábitos e estilo de vida
Operação (operações)	Programa de emagrecimento e atividade física funcional para modificação do estilo de vida sedentária
Projeto	Saúde para promover o emagrecimento
Resultados esperados	Maior conscientização da importância de emagrecer com saúde, dado o elevado número de obesos, com informações nutricionais adequadas e mudança do estilo de vida, principalmente, a falta de atividade física e má alimentação.
Produtos esperados	Caminhadas periódicas, supervisionadas pelo profissional de educação física que será destinado ao acompanhamento. Atividade aeróbica de aulas de zumba, com acompanhamento de profissionais educadores físicos. Palestras informativas para a comunidade sobre os fatores de risco relacionados a HAS e DM, nas escolas e na ESF Madalena de Almeida. Grupo educativo de hipertensos.

Nó crítico 1	Inadequados hábitos e estilo de vida
Recursos necessários	Organizacional: local adequado para as caminhadas e para as palestras fornecidas pela ESF Madalena de Almeida. Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: utilização de vídeos, panfletos informativos Político: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto.
Recursos críticos	Organizacional: local adequado para as caminhadas e para as palestras fornecidas pela ESF Madalena de Almeida. Político: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto.
Controle dos recursos críticos	Médica e Enfermeira Motivação Favorável
Ações estratégicas	Apresentação do projeto ao líder da comunidade constante na ESF Madalena de Almeida e nas escolas
Prazo	3 a 6 meses apresentando o projeto ao líder da comunidade e nas escolas
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenadora da AB e Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através de estudos e pesquisa de campo junto aos participantes, tabulando as informações em dados estatísticos para promover a melhoria contínua do Projeto.

Fonte: elaboração própria, 2024.

Quadro 3 – Operações sobre o “Nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS e DM, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Madalena de Almeida, zona rural de Serra Pelada, do município Caatiba, Bahia.

Nó crítico 2	Desconhecimento sobre a HAS e seus fatores de riscos
Operação (operações)	Programa informacional acerca da HAS, DM e patologias intrínsecas com palestras em grupos de risco, campanhas educativas na comunidade e nas escolas, pedindo o apoio da comunidade religiosa na localidade.
Projeto	Conhecimento através da Informação
Resultados esperados	Maior nível de conhecimento sobre a HAS e DM

Nó crítico 2	Desconhecimento sobre a HAS e seus fatores de riscos
Produtos esperados	Palestras informativas à comunidade nas escolas sobre a HAS, DM e patologias relacionadas, enfatizando a elevação da HAS (DAC, doenças renais e outras), no tocante ao tratamento e complicações pela falta deste. Campanhas educativas na ESF, como também nos meios de comunicação como rádio. Visitas em escolas e centros de trabalho para orientar a importância dos cuidados contínuos sobre HAS e DM.
Recursos necessários	Organizacional: local para realização das palestras, organização da agenda junto à comunidade e escolas. Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: utilização de vídeos, panfletos informativos Político: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto, com apoio dos líderes da comunidade e religiosos.
Recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: mobilização dos integrantes da comunidade para a efetivação do Projeto, com apoio dos líderes da comunidade e religiosos.
Controle dos recursos críticos	Atividades intrínsecas ao setor de comunicação do município em consonância com a Equipe de Saúde da ESF Madalena de Almeida. Motivação Favorável
Ações estratégicas	Apresentação do projeto aos profissionais da equipe, líder da comunidade da ESF Madalena de Almeida, nas escolas e nas entidades religiosas.
Prazo	3 a 6 meses para apresentação do projeto
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenadora da AB e equipe de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através de estudos e pesquisa de campo junto aos participantes, tabulando as informações em dados estatísticos para promover a melhoria contínua do Projeto.

Fonte: elaboração própria, 2024.

Quadro 4 – Operações sobre o “Nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência da HAS e DM, sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família ESF Madalena de Almeida, zona rural de Serra Pelada, do município Caatiba, Bahia.

Nó crítico 3	Baixa oferta de estratégias para intervenção sobre a HAS e DM
Operação (operações)	Melhoria do trabalho Operacional da Equipe de Saúde na ESF.
Projeto	Controle da HAS e DM: O caminho para a promoção da saúde

Nó crítico 3	Baixa oferta de estratégias para intervenção sobre a HAS e DM
Resultados esperados	Possibilitar uma maior inclusão de consultas médicas e de enfermagem e ampliar a adesão ao tratamento da HAS, aumentando a frequência dos adeptos aos outros programas, principalmente do “Saúde para promover o emagrecimento”.
Produtos esperados	Agenda de consultas médicas e de enfermagem com foco na HAS e DM Aumentar as atividades físicas e palestras relacionadas à HAS e DM, de maneira que os pacientes sintam-se motivados a incorporar cada vez mais os hábitos nas atividades propostas. Capacitar a preparação dos membros da equipe de saúde, na maior observação dos pacientes em relação a HAS e DM
Recursos necessários	Organizacional: Recursos humanos capacitados; estrutura física (suporte de consultórios médico e de enfermagem) para atendimento Cognitivo: Conhecimento técnico da Equipe de Saúde acerca das ações estratégicas traçadas e da HAS, bem como da DM Financeiro: Panfletos, vídeos Político: Articulação da Equipe de Saúde da ESF Madalena de Almeida para execução do plano
Recursos críticos	Organizacional: Recursos humanos capacitados; estrutura física (suporte de consultórios médico e de enfermagem) para atendimento Político: Articulação da Equipe de Saúde da ESF Madalena de Almeida para execução do plano
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde (médica/enfermeira) motivados.
Ações estratégicas	Treinamento e informação para a Equipe de Saúde
Prazo	3 meses para início das atividades
Responsável(eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenadora da AB, médica e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através de análise, pela Equipe de Saúde, da frequência dos pacientes que aderiram às consultas e ao programa de emagrecimento, avaliando com os mesmos as melhorias e necessidades.

Fonte: elaboração própria, 2024.

Nos quadros, referente aos Nós Críticos, descritos no desenho das operações o pressuposto consiste em promover os programas a partir da capacitação da equipe de saúde da ESF Madalena de Almeida, para que possam atingir os objetivos estratégicos das ações traçadas junto ao Projeto, acima descritos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na fundamentação teórica, a discussão foi baseada em três pontos relacionados entre si e em consonância com a temática ora proposta, a saber: ESF e atenção primária à saúde; HAS e DM; aos quais permitiram uma melhor compreensão acerca do que diz a literatura sobre o problema analisado.

A Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família

A ESF é um modelo de atenção primária à saúde implementado no Brasil com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças em comunidades locais. Sua estrutura é fundamentada em equipes multiprofissionais que atuam em unidades básicas de saúde.

Para a efetivação da ESF necessário se faz o delineamento das diretrizes que darão suporte às diferentes ações a elas relacionadas, pautando-se na estratégia central a definição de território adscrito, com organização do processo de trabalho envolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Monken e Barcellos, 2015), para permitir aos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS que estes compreendam a dinâmica dos lugares e dos indivíduos e coletivo, transparecendo as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (Gondim e Monken, 2012).

O território define a adstrição dos usuários, propiciando o estabelecimento de relações de vínculo, confiança e afetividade entre indivíduos e profissionais de saúde e, assim, permita garantir a continuidade, a longitudinalidade e a resolutividade das ações de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Considera-se os cuidados dispensados na Atenção Básica/ESF como complexos, tendo em vista caber a equipe a compreensão, primeiramente, das necessidades de saúde da população, no nível individual e, sobretudo, na coletividade, pois somente diante dessas informações será possível que as ações estratégicas traçadas fluam na saúde e, conseqüentemente, na autonomia das pessoas, estando em consonância com os determinantes e condicionantes de saúde da comunidade, na vigilância à saúde, no território delimitado e na população adstrita, conforme mostraram os estudos de Schimith e Lima (2014).

No entanto, necessário se faz que o trabalho seja realizado em equipe e que esta assuma a responsabilidade sanitária na área de atuação, a soma dos saberes existentes na equipe possibilitará, dentre outros aspectos, a concretização e a efetivação dos cuidados à saúde da população, junto aos territórios previamente definidos (Ministério da Saúde, 2011).

Daí o entendimento de que as equipes de saúde da família são os centros principais onde os serviços de saúde são oferecidos. Elas são responsáveis por um território definido, geralmente um bairro ou conjunto de bairros, onde realizam atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições de saúde.

As ações estratégicas traçadas para a área de saúde, na Atenção Básica, é a principal porta de entrada do sistema de saúde, do qual tem seu início a partir do acolhimento, da escuta e, sobretudo, da oferta de resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde diagnosticados na população estudada, com a finalidade de diminuir não somente os danos, mas, também, os sofrimentos advindos das patologias existentes, sendo responsável por efetivar o cuidado, na observância de garantir sua integralidade (Brasil, 2011).

A ESF oferece uma série de benefícios significativos, conforme descritos no quadro 5.

Quadro 5 – Benefícios oferecidos pela ESF.

Benefícios	Descrição
Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	A abordagem da ESF foca na promoção da saúde e na prevenção de doenças. A presença de agentes comunitários de saúde e o trabalho das equipes nas comunidades permitem a identificação precoce de problemas e a implementação de medidas preventivas.
Cuidados Continuados e Personalizados	A ESF oferece cuidados continuados, com uma abordagem centrada na pessoa. Isso facilita o acompanhamento regular e a gestão de condições crônicas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.
Integração com a Comunidade	O modelo da ESF promove uma maior integração entre os profissionais de saúde e a comunidade. Os agentes comunitários de saúde têm um papel fundamental em estabelecer uma ligação entre os serviços de saúde e a população, o que ajuda a entender e atender melhor às necessidades locais.
Redução da Demanda por Serviços de Urgência	Com a atenção primária bem estruturada, é possível reduzir a demanda por serviços de urgência e emergências, uma vez que a prevenção e o tratamento precoce podem evitar complicações graves e hospitalizações.
Cuidado Integral	A ESF adota uma abordagem integral da saúde, considerando não apenas as condições médicas, mas também fatores sociais, econômicos e ambientais que impactam a saúde da população. Isso contribui para um atendimento mais holístico e eficaz.

Fonte: Schimith e Lima, 2004.

A ESF representa um avanço significativo na organização da atenção primária à saúde no Brasil, oferecendo um modelo que visa a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a gestão eficaz das condições de saúde. Apesar dos desafios enfrentados, a ESF tem mostrado benefícios substanciais para a população, promovendo cuidados de saúde mais acessíveis, integrados e centrados nas necessidades da comunidade (Monken e Barcellos, 2015). A superação dos desafios e o aprimoramento contínuo da ESF são essenciais para garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade e equitativos.

Dados Gerais

Mundialmente, as principais causas de mortes têm relação direta com as DCNT, sendo responsáveis por 72% das causas da mortalidade no Brasil, às quais são consideradas de grande magnitude. Confirmou-se a estimativa de que em 2020 estas alcançariam cerca de 80% da carga de doença dos países desenvolvidos, incluindo dados de mortalidade (WHO, 2003).

No cenário brasileiro, reportando-se às respectivas regiões, observa-se um panorama que se apresenta com alterações, despertando os gestores, junto à questão da mortalidade por DCNT, como a HAS e DM, a necessidade de intervenção com qualidade com a finalidade de promover melhorias à realidade de saúde nas regiões do Brasil.

A HAS e DM se destacam como importante causa de morbidade e mortalidade em função da facilidade de complicações e, na maioria dos casos, sobretudo, decorrem das condições de vida e, conseqüentemente, de hábitos alimentares.

Considerado como a quinta maior causa de morte no mundo, o DM tem projeções para dobrar a quantidade de portadores até o ano de 2030, o que resultaria em aproximadamente, 500 milhões de pessoas com DM no mundo. No cenário brasileiro, cerca de 10% da população brasileira já possui a doença em algum grau (Ministério da Saúde, 2023). No que diz respeito à HAS esta afeta aproximadamente 36 milhões de brasileiros adultos, caracterizando-se como um dos maiores fatores de risco para as lesões cardíacas e cerebrovasculares, sendo, por consequência, a terceira causa de invalidez nos indivíduos (Brasil, 2022).

As complicações em decorrência destas patologias não somente causam limitações, mas, também, incapacidades, internações e em muitos casos de óbitos. Não diferente, se tornam onerosas para os sistemas de saúde, pela presença de um curso prolongado das doenças, onde a tendência é que os serviços sejam muito utilizados pelos portadores dessas condições crônicas, impactando consideravelmente na assistência prestada.

Estas patologias apresentam diferentes distribuições nas regiões brasileiras, quando relacionadas às desigualdades, são um problema, pois afetam desproporcionalmente a população considerada mais pobre e vulnerável, onde o seu enfrentamento tende a requerer diferentes densidades tecnológicas, que devem estar associadas a estratégias que apoiem a mudança do estilo de vida.

Assim, a justificativa para traçar um plano de intervenção para ESF Madalena de Almeida, na Zona Rural de Serra Pelada, Caatiba-BA está na compreensão de que a HAS descompensada, com regularidade, se relaciona a alterações metabólicas, funcionais e/ou da estrutura dos órgãos-alvo, podendo ser complicada se houver outros fatores de risco, como intolerância à glicose e DM, obesidade abdominal, dislipidemia, conforme mostraram os estudos de Lewington *et al.* (2013) e Weber *et al.* (2014).

Os riscos de doenças associadas em decorrência dessas patologias HAS e DM são grandes, principalmente os cardiológicos, dos quais a HAS tem sido

responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes relacionadas aos AVE, conforme estudos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2023).

No Brasil a HAS acomete 32,5% (36 milhões) dos adultos, além de mais dos 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, tornando justificável a discussão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2015).

Considerando a HAS e o DM a atenção primária à saúde ou atenção básica, é considerada o centro e a base do sistema de saúde, onde este primeiro nível direciona e encaminha os pacientes para atenção especializada, a qual é o segundo nível de atenção à saúde. Todavia, pacientes com complicações decorrentes de HAS e DM são direcionados ao terceiro nível de atenção à saúde que é o de hospitalização. E, daí a justificativa de controlar e traçar campanhas preventivas junto à população da ESF Madalena de Almeida.

Entendemos que um paciente bem assistido no primeiro nível com acompanhamento de um serviço especializado, não precisará utilizar o terceiro nível de atenção à saúde.

E, é por isso que se reportando aos estudos de Souza e Oliveira (2020), entendemos que a qualidade da assistência em saúde e a segurança do paciente são temas que requerem constantes discussões, buscando sempre a finalidade de atingir o mesmo objetivo, a garantia da assistência à saúde digna, com vistas a redução dos indicadores de morbimortalidade existentes. Todavia, Balbino, Silva e Queiroz (2020) entendem que o alcance de tal objetivo continua a ser um desafio para os gestores e profissionais envolvidos no processo de trabalho.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição de saúde pública significativa no Brasil, afetando uma parcela substancial da população adulta. A prevalência de HAS e seus impactos socioeconômicos e de saúde refletem a necessidade urgente de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Entende-se que a HAS, segundo Lewington *et al.* (2013) e Weber *et al.* (2014) ser uma condição clínica multifatorial que tem características de elevação sustentada dos níveis pressóricos superior a 140 e/ou 90 mmHg, associada, de forma frequente, a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Por ser uma doença crônica com origem multifatorial, também, pode ter seu agravamento mediante o surgimento de diversos fatores de risco, a exemplo, da dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM, podendo, dependendo da patologia adquirida, chegar à morte súbita do paciente.

Seu diagnóstico se dá mediante a consulta e anamnese com a medição do peso, da circunferência abdominal, da aferição da PA em repouso, da frequência cardíaca, procedendo ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), junto ao paciente.

A hipertensão é uma das principais causas de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC), além de estar associada a insuficiência renal crônica e problemas de visão. Estudos mostram que a hipertensão contribui significativamente para a mortalidade precoce no Brasil, representando uma carga considerável no sistema de saúde.

No que concerne a prevalência e impacto na saúde, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, aproximadamente 24,8% dos adultos brasileiros são diagnosticados com hipertensão. Este número indica que cerca de um em cada quatro brasileiros apresenta pressão arterial elevada, o que configura um importante desafio para o sistema de saúde do país.

Os principais fatores de risco para a hipertensão no Brasil são variados e frequentemente inter-relacionados, dos quais se encontram descritos no quadro 2.

Quadro 6 – Fatores de riscos para desenvolvimento da HAS.

Fatores de Risco	Descrição
Gênero e Etnia	<p>Existe diferença na prevalência de HAS autorreferida quando se considera sexo e raça/cor: pesquisas de inquérito populacional indicam prevalência maior entre mulheres e entre pessoas de raça/cor preta. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) a prevalência autorreferida de HAS foi de 21,4% no total, sendo 24,2% entre as mulheres (versus 18,3% entre homens) (Malta <i>et al.</i> 2013).</p> <p>Dados do VIGITEL (Brasil, 2013) mostram estimativas similares, com prevalência global de aproximadamente 24,1% e maior frequência entre mulheres (Brasil, 2014). Além disso, análises de inquéritos nacionais apontaram prevalência mais elevada entre pessoas que se declararam negras (≈24,0%) comparadas às que se declararam pardas (≈20,0%) e brancas (≈22,1%) na avaliação da PNS (Malta <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Os dados medidos (não apenas autorreferidos) da coorte ELSA-Brasil também mostram gradientes raciais: prevalência ajustada de HAS foi ≈30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros, evidenciando desigualdades raciais importantes que não são plenamente explicadas por diferenças socioeconômicas (Chor <i>et al.</i>, 2015).</p>
Idade	<p>A idade se configura como um dos fatores de ação direta e unidimensional existente entre o envelhecer e a prevalência de HAS, na qual tem relação, no cenário brasileiro, à elevação da expectativa de vida da população, que passou para 74,9 anos; e, também, os idosos que aumentaram de população (de 6,7% para 10,8%) com idade superior a 60 anos, nos últimos 10 anos, com uma taxa percentual de 4,1%, sendo que no Brasil a taxa de prevalência de HAS é de 68% (Khan <i>et al.</i>, 2011; Naidoo; Smit, 2012).</p>
Fatores Genéticos e Familiares	<p>A hipertensão também pode ter um componente genético, sendo mais comum em pessoas com histórico familiar da condição.</p>

Fatores de Risco	Descrição
Fatores Socioeconômicos	Estudos nacionais têm demonstrado que a prevalência da HAS apresenta relação significativa com fatores socioeconômicos, especialmente o nível de escolaridade. Dados da PNS 2019 mostram que a HAS é mais frequente entre indivíduos com menor escolaridade, atingindo 35,5% entre aqueles sem instrução ou com fundamental incompleto, enquanto cai para 17,2% entre pessoas com ensino superior completo (IBGE, 2020). Essa relação também foi observada no Vigitel (2021), no qual adultos com menor escolaridade apresentaram maior autorreferência de HAS em comparação a grupos com maior nível educacional (Brasil, 2022). Entretanto as análises do ELSA-Brasil revelam que, apesar da tendência geral de maior prevalência entre pessoas menos escolarizadas, há um crescimento relevante da hipertensão em segmentos de maior nível socioeconômico, especialmente entre homens, indicando que o aumento na HAS está distribuído de forma mais ampla entre os diferentes estratos sociais (Schmidt <i>et al.</i> , 2014; Malta <i>et al.</i> , 2017). Esses achados sugerem que a relação entre escolaridade e HAS permanece importante, mas que mudanças no estilo de vida, no padrão alimentar e na urbanização têm contribuído para o aumento da HAS mesmo entre indivíduos com maior escolaridade.
Sobrepeso e Obesidade	Dados do Vigitel realizada entre 2006 e 2021 (Brasil, 2022) indicam que cerca de 58,7% dos adultos com hipertensão também sofrem de sobrepeso ou obesidade. O excesso de peso é um fator de risco conhecido que contribui para a elevação da pressão arterial.
Sedentarismo	Falta de atividade física regular é outro fator importante. A inatividade física contribui para o aumento do peso e a piora da pressão arterial.
Consumo Excessivo de Sal	Consumo elevado de sal é um fator dietético crucial na hipertensão. No Brasil, a ingestão média de sal é superior ao recomendado, o que está diretamente associado ao aumento da pressão arterial.
Ingesta de álcool	O consumo de álcool está fortemente associado à elevação da PA, especialmente quando o padrão de ingestão é crônico ou em altas quantidades. Uma meta-análise incluindo mais de 20 estudos clínicos demonstrou que a ingestão diária superior a 30 g de etanol aumenta significativamente os valores pressóricos em ambos os sexos, com efeito mais pronunciado nos homens (WHO, 2014). Da mesma forma, Roerecke e Rehm (2012), ao avaliarem dados de estudos populacionais envolvendo mais de 400 mil participantes concluíram que o risco de HAS cresce de forma dose-dependente, iniciando-se já a partir de 1-2 doses alcoólicas por dia, e intensificando-se em consumos superiores a 3 doses diárias. Esses achados reforçam que a redução do consumo de álcool é uma das estratégias mais eficazes para prevenção e controle da HAS.

Fonte: elaboração própria, 2024.

Considerando o cenário brasileiro, reportando-se aos estudos elaborados pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia

(SBC, 2024) o entendimento é da existência de variações de prevalência da HAS. Quando, nas últimas três décadas, ficou demonstrado a tendência relacionada à diminuição da prevalência da HAS na ordem percentual de 36,1% para 31,0%. Todavia, os mesmos autores, confirmaram um aumento significativo nos últimos dez anos de 12,4%, em pesquisa realizada no ano de 2021, com predominância do gênero masculino, com concentrações nas regiões Sudeste, Sul, nordeste e Centro-Oeste com maior incidência. Dados estes corroborados com estudos dados coletados pela pesquisa do Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas (Vigitel) (Brasil, 2022).

Estudos epidemiológicos e revisões demonstram que o conhecimento, o tratamento e o controle da hipertensão arterial variam amplamente entre populações, refletindo disparidades no acesso à saúde, educação e fatores socioeconômicos. Uma revisão sistemática recente relatou que a prevalência de conhecimento sobre hipertensão entre adultos varia aproximadamente de 30 % a 80 % em diferentes contextos populacionais, enquanto taxas de tratamento e controle também exibem ampla variação, com controle efetivo muitas vezes inferior a 50 % mesmo em países desenvolvidos (Kearney *et al.*, 2005; Milliken *et al.*, 2014). No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostram que, apesar de aumentos no diagnóstico, o controle da pressão arterial permanece subótimo, especialmente em grupos com menor escolaridade e menor acesso a serviços de saúde (Brasil, 2020). Esses achados revelam que, embora haja conhecimento e terapêutica disponíveis, muitos indivíduos hipertensos ainda não alcançam níveis pressóricos ideais.

Apesar dos avanços nas estratégias de saúde pública, o controle da hipertensão no Brasil enfrenta vários desafios, descrito no quadro 3:

Quadro 7 – Fatores de riscos para desenvolvimento da HAS.

Desafios	Descrição
Diagnóstico e Monitoramento	A falta de diagnóstico adequado e o monitoramento irregular da pressão arterial são problemas frequentes. Muitas pessoas com hipertensão não são diagnosticadas ou não recebem tratamento adequado.
Aderência ao Tratamento	Mesmo quando diagnosticadas, muitas pessoas não seguem corretamente o tratamento prescrito. A adesão ao uso de medicamentos e às mudanças no estilo de vida pode ser inadequada devido a vários fatores, incluindo a falta de informação e suporte.
Desigualdades Regionais	Há uma variação significativa no acesso a cuidados de saúde entre as diferentes regiões do Brasil. As populações em áreas remotas e menos desenvolvidas podem ter acesso limitado a serviços de saúde e medicamentos.

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos de Mancina *et al.* 2013, Gahlinger *et al.* 2014, James, 2015 e Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2024.

O tratamento dispensado para a HAS, este inclui o medicamentoso e não medicamentoso. Em relação ao medicamentoso, quando a PA se encontrar elevada a abordagem terapêutica deve, necessariamente, incluir a utilização de fármacos

para hipertensão e medidas não medicamentosas, com a finalidade principal de redução da PA, bem como propiciar a proteção aos órgãos-alvo, que resultará na prevenção de doenças CV e renais (Mancia *et al.*, 2013; James *et al.*, 2014).

A base do que pode ser decidido para a terapêutica é não somente o nível da PA, mas, também, a consideração acerca da presença de outros fatores de riscos como a LOA e/ou DCV, previamente estabelecida, onde a adoção do tipo de medicação controle para a HAS consiste na redução da morbimortalidade por doenças CV (Mancia *et al.*, 2013; James *et al.*, 2014).

Estudos científicos e diretrizes clínicas recentes mostram que a terapêutica da hipertensão arterial sistêmica deve incluir tanto medidas não farmacológicas quanto farmacológicas para a redução da pressão arterial e proteção de órgãos-alvo. A 21ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2022) descreve claramente o papel de classes de medicamentos como diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA), frequentemente usados em combinação para alcançar metas pressóricas e redução de risco cardiovascular. Diretrizes internacionais corroboram esses achados, reconhecendo que a terapia antipertensiva baseada em combinação de fármacos reduz de forma significativa eventos cardiovasculares e mortalidade em pacientes hipertensos (Whelton *et al.*, 2018; Mancia *et al.*, 2013).

A indicação de tratamento medicamentoso deve preceder, anteriormente, aos estudos da capacidade do fármaco em promover a redução da morbimortalidade por DCV, incluindo outros aspectos, a saber: promoção da eficácia quando da administração por via oral; promover a tolerância; utilizado pelo paciente em uma menor frequência de administração por dia; poder ter as doses iniciais menores; porém, efetivas e com associação à outros fármacos; ser usado por quatro semanas no mínimo antes de serem modificados; ressaltando as situações consideradas como especiais e que propicie um melhor controle.

Intervenções não medicamentosas desempenham um papel fundamental no controle da hipertensão arterial sistêmica, sendo recomendadas tanto isoladamente quanto em conjunto com tratamento farmacológico. A redução de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesidade está associada a diminuições significativas da pressão arterial, assim como mudanças no padrão alimentar – especialmente a adoção de dietas com menor teor de sódio e maior consumo de frutas, verduras e alimentos frescos. A atividade física regular tem efeito demonstrado na redução da pressão arterial em adultos hipertensos e na prevenção de complicações cardiovasculares. Além disso, a cessação do tabagismo e a gestão de fatores psicossociais, como o estresse, contribuem para a melhora dos níveis pressóricos e da saúde cardiovascular geral (Whelton *et al.*, 2018; Mancia *et al.*, 2013; Applebaum *et al.*, 2016). Esses aspectos, com as devidas descrições sobre os impactos da elevação da PA sobre a HAS, se encontram descritos no quadro 4.

Quadro 8 – Aspectos da elevação da PA que impactam na prevalência da HAS.

Aspectos	Descrição
Controle ponderal	Não somente na população adulta quanto nas crianças, existe relação direta do aumento de peso com a elevação da PA, impactando na HAS.
Sobrepeso	É possível observar que a partir de 8 anos há incidência de risco para aumento da PA e, consequentemente impacto na HAS, quando da elevação da gordura visceral.
Aspecto nutricional	A adoção de plano alimentar adequado e saudável tende a equilibrar a PA e, dessa forma, minimiza os impactos sobre a HAS; importante a ingestão de ácidos graxos insaturados, fibras, oleaginosas, laticínios e vitamina D, chocolate amargo, que se tornará eficaz na medida em que diminuir as gorduras e bebidas alcoólicas.
Atividades físicas	Considerada como um problema de saúde pública, a inatividade física tem por característica se configurar como o mais prevalente dos FR, sendo, inclusive, conforme diversos estudos, a segunda causa de morte no mundo. É importante, a regular prática de atividade física que vem a ser benéfica não somente para promover a prevenção do tratamento da HAS, mas, principalmente, porque possibilita a redução da morbimortalidade CV.
Tabagismo	É consenso entre os autores nacionais e internacionais de que o fumo é prejudicial à saúde e causa risco para mais de 25 doenças, entre as quais estão incluídas as DCV; e, dessa forma, o tabagismo é um fator negativo para se proceder o controle da HAS.
Estresse	Tem sido um aspecto de promoção da elevação da PA e impacto na HAS. O seu gerenciamento é importante quando da instituição das psicoterapias comportamentais, combinadas com práticas relacionadas às técnicas de meditação que envolve o biofeedback e relaxamento.

Fonte: elaboração própria, 2024.

A efetividade das ações realizadas pela equipe de saúde da atenção básica, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), está associada de forma consistente a melhores níveis de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Estudos mostram que a participação de uma equipe multiprofissional — incluindo médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, nutricionistas e profissionais de educação física — contribui para o acompanhamento contínuo dos pacientes, promoção de mudanças no estilo de vida, educação em saúde e apoio ao seguimento terapêutico, resultando em maior controle pressórico e redução de complicações cardiovasculares (Whelton *et al.*, 2018; Mancina *et al.*, 2013; Brasil, 2020).

Importante mencionar que a prevenção ainda é o caminho para o não desenvolvimento da HAS, que, necessariamente, deve ter instituídas ações

estratégias preventivas através das políticas públicas de saúde que, por sua vez, devem ter combinações com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O pressuposto consiste na estimulação, de forma precoce, do diagnóstico, o que permitirá traçar um tratamento de forma contínua, promover o controle da PA e, conseqüentemente, os FR que se encontrem associados à outras patologias. A mudança do estilo de vida, com a utilização de forma regular de medicamentos se caracterizará como um diferencial para promoção a eficácia do tratamento.

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue, também conhecida como hiperglicemia. Isso ocorre devido a problemas na produção ou na ação da insulina, um hormônio essencial produzido pelo pâncreas que ajuda a regular o açúcar no sangue. Existem dois tipos principais de DM: tipo 1 e tipo 2, além do diabetes gestacional, que ocorre durante a gravidez, descritos no quadro 5.

Quadro 9 – Principais tipos de DM.

Tipos	Descrição
Diabetes Tipo 1	É uma condição autoimune em que o sistema imunológico ataca e destrói as células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. Geralmente, se desenvolve na infância ou na adolescência e requer a administração contínua de insulina.
Diabetes Tipo 2	É a forma mais comum de diabetes, ocorrendo quando o corpo se torna resistente à insulina ou quando o pâncreas não produz insulina suficiente. Está geralmente associado ao sobrepeso, obesidade e estilos de vida sedentários, e costuma se manifestar em adultos, embora também possa ocorrer em crianças e adolescentes.
Diabetes Gestacional	Ocorre durante a gravidez e é caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue que surgem pela primeira vez durante a gravidez. Embora geralmente desapareça após o parto, mulheres com diabetes gestacional têm um risco aumentado de desenvolver diabetes tipo 2 no futuro.

Fonte: Elaboração própria (2024), a partir dos estudos do World Health Organization – WHO, 2021, da International Diabetes Federation – IDF, 2021 e da American Diabetes Association, 2023.

Nos últimos 10 anos, a DM tem se tornado uma preocupação crescente em nível global. Segundo a International Diabetes Federation (IDF), em 2021, aproximadamente 537 milhões de adultos com idades entre 20 e 79 anos viviam com diabetes, um aumento significativo em relação aos 415 milhões registrados em 2015. A projeção é que até 2045, esse número possa subir para 783 milhões (IDF, 2021; ADA, 2023).

A diabetes é uma das principais causas de morte no mundo. Dados da IDF indicam que a diabetes causou aproximadamente 6,7 milhões de mortes em 2021, representando uma alta taxa de mortalidade associada à condição. A diabetes tipo 2,

em particular, está frequentemente ligada a doenças cardiovasculares, insuficiência renal e amputações (WHO, 2021).

No Brasil, a prevalência de diabetes também tem mostrado um aumento. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, aproximadamente 8,9% da população adulta brasileira tem diabetes, um crescimento em relação a anos anteriores. Estudos adicionais, como o Vigitel (2022), confirmam que a taxa de prevalência continua alta, refletindo um aumento contínuo nos casos diagnosticados.

Os principais fatores de risco para diabetes incluem obesidade, sedentarismo e dieta inadequada. O aumento da obesidade e a falta de atividade física são fatores críticos que contribuem para o crescimento da incidência de diabetes tipo 2. A prevalência de obesidade no Brasil, que chegou a 26,4% da população adulta em 2022, está fortemente associada ao aumento dos casos de diabetes.

As causas da DM variam conforme o tipo, que se encontram descritas no quadro 6.

Quadro 10 – Causas da DM.

Tipos	Descrição
Diabetes Tipo 1	A causa exata não é completamente compreendida, mas é conhecida por envolver uma reação autoimune onde o sistema imunológico ataca as células do pâncreas. Fatores genéticos e ambientais, como infecções virais, podem desempenhar um papel.
Diabetes Tipo 2	Está fortemente associada a fatores de risco modificáveis e não modificáveis.
Genética	Ter um histórico familiar de diabetes tipo 2 aumenta o risco.
Obesidade	O excesso de peso, especialmente a gordura abdominal, está associado à resistência à insulina.
Sedentarismo	A falta de atividade física contribui para o ganho de peso e resistência à insulina.
Dietas	Dieta ricas em açúcar e gordura e baixas em fibras e nutrientes podem aumentar o risco.
Idade	O risco aumenta com a idade, especialmente após os 45 anos.
Diabetes Gestacional	o risco é aumentado em mulheres que são obesas, têm histórico familiar de diabetes, têm mais de 25 anos ou pertencem a certos grupos étnicos.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

A DM pode levar a várias complicações sérias se não for bem controlada, conforme mostra o quadro 7.

Quadro 11 – Complicações da DM.

Tipos	Descrição
Cardiovasculares	A diabetes aumenta o risco de doenças cardíacas, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC). A hiperglicemia crônica pode danificar os vasos sanguíneos e aumentar a pressão arterial.

Tipos	Descrição
Neuropatia Diabética	O excesso de glicose no sangue pode danificar os nervos, levando a sintomas como dor, formigamento e perda de sensibilidade, geralmente começando nas extremidades.
Retinopatia Diabética	A diabetes pode causar danos aos vasos sanguíneos da retina, levando a problemas de visão e, em casos graves, cegueira.
Nefropatia Diabética	Danos aos rins são uma complicação comum, podendo levar à insuficiência renal e a necessidade de diálise.
Problemas de Cicatrização e Infecções	A diabetes pode comprometer o sistema imunológico e prejudicar a capacidade do corpo de curar feridas e combater infecções. Infecções recorrentes e úlceras nos pés são comuns e podem levar a complicações graves, incluindo amputações.
Cetoacidose Diabética e Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica	São complicações agudas graves associadas a níveis muito elevados de glicose no sangue, podendo causar desidratação extrema, alterações no nível de consciência e necessidade de hospitalização urgente.

Fonte: Elaboração própria, 2024, a partir dos estudos do World Health Organization – WHO, 2021 da International Diabetes Federation – IDF, 2021 e da American Diabetes Association, 2023.

A adesão ao tratamento e ao controle da diabetes permanece um desafio significativo. Embora o acesso a medicamentos e terapias tenha melhorado, a gestão adequada da diabetes ainda enfrenta barreiras, incluindo falta de acesso a cuidados regulares e dificuldades econômicas para muitos pacientes.

Entende-se, portanto que a DM é uma condição metabólica complexa com várias formas e causas subjacentes. Suas consequências podem ser graves e afetam vários aspectos da saúde. O manejo eficaz da diabetes envolve a combinação de monitoramento constante, adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida. A conscientização e a educação sobre a doença são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e prevenir complicações a longo prazo.

RESULTADOS ESPERADOS COM O PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta ora descrita advém do problema priorizado de “alta prevalência de HAS e DM”, voltado para intervenção de controle junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia, na perspectiva de promover a adesão aos programas ofertados para diminuição e controle das patologias referidas.

Elegeu-se, como já dito anteriormente, a HAS e DM, sem controle adequado, como problemas predominantes da área de abrangência.

Aponta-se que na área de abrangência que a autora do presente trabalho atua, há 1.013 usuários na faixa etária de 20 a 67 anos. Destes, 74 foram diagnosticados com DM e 251 HAS. Todos na sua grande maioria na faixa etária entre 45-67 anos,

para DM e 35-67 para HAS, pacientes com as referidas patologias, já cadastrados no sistema do SISAB, demonstrando relevância na identificação de casos novos de HAS em adultos jovens, com atuação sobre seu controle. Além da abordagem para prevenção e controle da doença em idosos que possuem uma significativa prevalência.

Percebe-se também, a partir da observação prática, que muitos dos hipertensos fazem parte de famílias disfuncionais ou residem sozinhos, o que dificulta o suporte social do paciente tão relevante para a abordagem da doença. Outra característica é que predominantemente possuem baixo recurso econômico, baixo nível de escolaridade, maus hábitos higiênicos dietéticos, com uso inadequado dos medicamentos, além de não aderir à atividade física.

Não diferente, incide com regularidade carência dos medicamentos anti-hipertensivos nas farmácias o que dificulta ainda mais o controle da doença.

Na explicação do problema para elevação da HAS e sua relação com outros fatores há relação direta com o modelo de desenvolvimento socioeconômico, determinada pela baixa distribuição de renda e desigualdade social, configurando como um problema macro que resulta na má adesão ao tratamento, hábitos de vida inadequados, baixo nível socioeconômico e pouco acesso aos serviços de saúde, bem como às informações pertinentes às patologias que podem surgir com a alta prevalência de HAS, extensivo ao má controle de alimentação que incide no aumento da DM.

Dentro desse contexto, é possível compreender que esse modelo influencia a política pública de saúde, bem como o meio ambiente territorial e cultural, interferindo, por consequência, no modelo assistencial que promove a organização, estrutura e processos de trabalhos, que possibilita a melhoria as ações estratégicas traçadas nos serviços de saúde. No entanto, percebe-se uma deficiência do modelo assistencial sobre os fatores de risco que envolve o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o estresse, o sedentarismo, provocando doenças, como alta prevalência da HAS e DM, causando DCV, AVC, insuficiência renal, ocorrência de óbitos, dentre outros.

Além disso, em decorrência destes fatores, há um baixo nível de informação sobre a HAS e DM, também, uma baixa adesão ao tratamento das doenças, por parte dos usuários, o que traz implicações negativas na saúde do indivíduo e comunidade.

Ressalta-se que para eliminar o problema necessário se faz uma assistência farmacêutica e médica adequada, onde a Equipe de Saúde/ESF promova, de forma constante, uma melhor adesão ao tratamento dispensado para a HAS e DM. Um dos caminhos preventivos se pauta na educação em saúde, no encaminhamento dos pacientes após o diagnóstico para o tratamento mais adequado, com a finalidade de diminuir a ocorrência das patologias já mencionadas.

Nos quadros 8 a 10, referente aos Nós Críticos, descritos no desenho das operações o pressuposto consiste em promover os programas a partir da capacitação da Equipe de Saúde da ESF Madalena de Almeida, para que possam atingir os objetivos estratégicos das ações traçadas junto ao Projeto, acima descritos.

As ações estratégicas adotadas no âmbito estrutural, cognitivo, financeiro e político buscam efetivar os resultados esperados em cada uma das ações dos Nós Críticos analisados.

Ao final desse Projeto de Intervenção espera-se que haja maior adesão do paciente ao tratamento e ao autocuidado, já que a HAS e diabetes são doenças crônicas e necessitam de tratamento contínuo. Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um programa para esses pacientes mais intenso e motivador, pois o autocuidado requer interesse e motivação do paciente. O paciente precisa conhecer a sua doença, saber o que pode fazer para melhorar sua qualidade de vida; o que depende exclusivamente dele e o que depende do profissional engajado no seu cuidado.

Esperamos que nos futuros atendimentos aos hipertensos e diabéticos na ESF Madalena de Almeida, haja redução na incidência ou o retardamento na ocorrência de complicações associadas a essas doenças, que haja diminuição das internações hospitalares e dos atendimentos emergenciais e suas complicações. O mais importante é promover a melhoria da qualidade de vida, com a conscientização sobre as consequências do não uso correto das medicações, sobre a importância de uma alimentação saudável, e a importância das consultas mensais na Unidade de Saúde. Dar mais ênfase aos pacientes que têm mais dificuldade na adesão terapêutica.

Com a abertura deste espaço, muitos hipertensos e diabéticos poderão sanar suas dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos, o que levará a melhores resultados da terapia recomendada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção de um bom controle pressórico e metabólico está em geral intimamente relacionado à ingestão de dieta adequada, à realização regular de atividade física e ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita. A falta de conhecimento acerca da doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão. Essas constatações apontam para a ineficácia das estratégias tradicionais, sendo necessário que se incorporem nos serviços de saúde novas abordagens capazes de motivar os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

É importante sensibilizar o paciente portador dessas doenças para a adoção de novos hábitos e estilo de vida, conscientizando-os sobre os riscos a que estão submetidos. O apoio da família e dos amigos (rede de apoio) é primordial para a conscientização das mudanças necessárias ao sucesso do tratamento. Os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial devem ser sensibilizados sobre a importância de se promover saúde para melhorar sua vida cotidiana. Queremos que estes pacientes saibam que é possível levar uma vida saudável e normal quando se é portador de uma doença crônica. Nesse sentido, a mudança

nos hábitos de vida é de fundamental importância, não só para os portadores de HAS e DM, mas também para aqueles que estão em seu núcleo familiar, evitando assim que indivíduos predispostos a HAS e DM desenvolvam também a doença. A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde do paciente é de extrema importância, pois os fatores comportamentais e emocionais apresentados por cada paciente devem ser considerados no planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população.

A estratégia de promover encontros entre pessoas que estão na mesma situação, também se faz importante para o enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS

ANDRADE SSA, STOPA SR, BRITO AS, CHUERI OS, SZWARCOWALD CL, MALTA DC. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Epidemiol. Serv. Saúde, 2015;24(2):297–304.

ADA. **American Diabetes Association.** Standards of Medical Care in Diabetes — 2023. Diabetes Care. 2023.

APPLEBAUM R. *et al.* **Lifestyle modifications for the management of hypertension: a review of evidence and guidelines.** Journal of Clinical Hypertension, 2016.

BALBINO AC, SILVA, ANS, QUEIROZ MVO. **O impacto das tecnologias educacionais no ensino de profissionais para o cuidado neonatal.** Rev. CUIDARTE [internet]. 2020; 11(2): e954

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.** VIGITEL BRASIL 2006–2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de morbilidade referida e autoavaliação de saúde nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2021-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico.pdf/view>. Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** VIGITEL Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde.** Brasília: IBGE; 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101763.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“Política Nacional de Atenção Básica – Diretrizes da Atenção Básica”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHOR D, RIBEIRO ALP, CARVALHO MS, DUNCAN BB, LOTUFO PA, *et al.* **Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil study**. PLoS ONE, v. 10, n. 6, e0127382, 23 jun. 2015.

FARIA, R.; CAMPOS, G. W. S.; SANTOS, E. M. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2017. (Material didático do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde).

GONDIM, G. M. M.; MONKEM, M. F. **Território e territorialização em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

IDF. International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas**. 10. ed. Brussels: IDF, 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org>. Acesso em: 14 dez. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios: Caatiba – 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Caatiba – Panorama**. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 jun. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional 2021 IBGE**. Disponível em ibge.gov.br/. Acesso em 12 mai. 2024.

JAMES PA; OPARIL S; CARTER BL; CUSHMAN WC; HAINES JL; *et al.* **Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)**. JAMA, v. 311, n. 5, p. 507–520, 2014.

KEARNEY PM *et al.* **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data**. Lancet, v. 365, n. 9455, p. 217–223, 2005.

KHAN NC, HOANG NH, HUNG NT, TUAN LA. **Age-related hypertension and its determinants in older adults**. Journal of Human Hypertension, v. 25, n. 3, p. 150–158, 2011.

LEWINGTON S *et al.* **Prospective Studies Collaboration**. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Erratum in: Lancet; v. 361, n. 9362, p. 1060, 2013.

MALTA DC, STOPA SR, ANDRADE SSCA, SZAARCWALD CL, SILVA JÚNIOR JB, REIS AAC. **Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial**

autorreferida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, supl. 2, p. 109–122, dez. 2015.

MALTA DC, BERNAL RTI, PRATES EJS, *et al.* **Self-reported arterial hypertension, use of health services and guidelines for care in Brazilian population: National Health Survey, 2019.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, 2022.

MANCIA G, FAGARD R, NARKIEWICZ K, REDÓN J, ZANCHETTI A, BOHM M, *et al.* **ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).** European Heart Journal, v. 34, n. 28, p. 2159–2219, 2013.

MANCIA, G. *et al.* **Guidelines for the management of arterial hypertension.** Journal of Hypertension, v. 31, n. 7, p. 1281–1357, 2013.

MOLLIKEN AB *et al.* **Hypertension awareness, treatment and control in the United States, 2003–2012.** Hypertension, v. 63, n. 4, p. 785–789, 2014.

NAIDOO S, SMIT D. **Prevalence and determinants of hypertension among the elderly in South Africa.** South African Journal of Public Health, v. 6, n. 2, p. 76-82, 2012.

ROERECKE M, REHM J. **Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease.** Addiction, v. 107, n. 7, p. 1246–1260, 2012.

ROERECKE M, REHM J. **The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis.** Addiction, v. 107, n. 7, p. 1246–1260, 2012.

SCALA LC *et al.* **Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira.** Arq. Bras. Cardiol.; n. 105, v. 3 supl 1, p. 20, 2015.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, L. M. DE A. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 427–436, 2004.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arq. Bras. Cardiol.; n. 117, v. 3, Supl.3., p. 1-83, 2023.

SILVA, E. K. P. **Iniquidades raciais e de gênero na incidência e controle da hipertensão arterial no ELSA-Brasil. 2022.** 153 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3 Supl. 3, 2016.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). **21ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** São Paulo: SBC, 2022.

SOUZA CL, OLIVEIRA MV. **Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia.** Cad Saúde Colet. 2020; 28(1):153-164.

WEBER MA *et al.* **Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension.** J Hypertens; v. 32, n. 1, p. 3-15, 2014.

VIANA AL. **História do município de Caatiba-BA.** Revista Histórica de Conquista Vol. 1. p. 125, 126 Vitória da Conquista, 1982.

WHELTON PK *et al.* 2017. **Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults.** Hypertension, v. 71, n. 6, p. e13–e115, 2018.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases.** Fact sheet. Geneva: WHO; 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 15 maio, 2024.

WHO. **Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO. **Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: World Health Organization, 2014.