

## Implementación del análisis de la situación de salud en una unidad básica sanitaria de Brasil

### Implementation of the health situation analysis in a health basic unit from Brazil

Dr. Meinardo Zayas Vinent,<sup>I</sup> Téc. Alessandra Alves Correia,<sup>II</sup> Téc. Sandra Rogeria Barbosa de Sousa Lopes<sup>II</sup> y Téc. Cristiana Aparecida Magalhaes<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Policlínico Docente "Carlos Juan Finlay", Universidad de Ciências Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>II</sup> Consultorio Estrategia de Salud Familiar del municipio de Vianópolis, Goiás, Brasil.

#### RESUMEN

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 618 familias con 1 943 habitantes, pertenecientes a la Unidad Básica de Salud No. 1 São Vicente, del municipio de Vianópolis, en el estado Goiás, Brasil, durante los meses de mayo a julio del 2015, con vistas a realizar el análisis de la situación de salud del año 2014, para lo cual se utilizó la metodología de la Universidad de Mato Grosso del Sur. Los datos fueron recolectados en el Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Salud, y a través de encuestas aplicadas a los agentes comunitarios de salud y a la población, y entrevistas efectuadas a diferentes actores sociales formales e informales. Los principales problemas fueron las altas incidencias de hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, alcoholismo y adolescentes gestantes, así como el poco conocimiento de las personas hipertensas sobre su enfermedad y los malos hábitos dietéticos y sociales.

**Palabras clave:** análisis de la situación de salud, atención primaria de salud, hipertensión arterial, planificación estratégica de salud, Brasil.

#### ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional study of 618 families with 1 943 inhabitants, belonging to the Health Basic Unit No. 1, São Vicente, of the Vianópolis municipality, in the Goiás state, Brazil, during the months of May to July, 2015, with the objective of carrying out the analysis of the health situation of 2014, for which the methodology of the Mato Grosso of the South University was used. Data were collected in the Statistical Department from the Health Secretary, and through surveys applied to the health community agents and the population, and formal and informal interviews made to different social actors. The main problems were the high incidences of hypertension, *diabetes mellitus*, alcoholism and pregnant adolescents, as well as the little knowledge of hypertensive people on their disease and the bad dietary and social habits.

**Key words:** health situation analysis, primary health care, arterial hypertension, health strategical planning, Brazil.

## INTRODUCCIÓN

Como se ha referido,<sup>1</sup> en el año 2000 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió las 11 funciones esenciales de la salud pública, donde ubicó en primer lugar el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud, aprobado en la iniciativa "La salud pública en las Américas".

Anteriormente la OPS había propuesto para los estudios de vigilancia de la situación de salud un nuevo término: el análisis de la situación de salud (ASIS), con un enfoque integral, multifactorial y que incluyera el proceso salud-no salud en los niveles individual, familiar y comunitario; además llamó la atención sobre la necesidad de estudiar las desigualdades e iniquidades de grupos particulares de población en relación con los factores causales de las condiciones de vida.<sup>2</sup>

Para apoyar esta estrategia, la OPS ha realizado, desde el año 1995, la publicación anual "Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos",<sup>3</sup> con información de la región de las Américas y donde promueve la utilización de estos indicadores para la aplicación de estrategias regionales, nacionales y territoriales.

El ASIS en la comunidad aporta los datos necesarios de los componentes y determinantes del estado de salud de su población, así como las herramientas necesarias para la priorización de los problemas de salud y la ejecución de un plan de acción, cuyo objetivo sea eliminar o disminuir los daños a la salud.<sup>4-7</sup>

Al respecto, los autores de este trabajo, como integrantes del Programa Más Médico para Brasil,<sup>8</sup> instaurado por el gobierno brasilero para elevar la cobertura médica a su población, al comenzar la labor médica en la Unidad Básica de la Salud No. 1 San Vicente, en el municipio de Vianópolis, en mayo del 2015, donde no existía un ASIS que permitiera la identificación y priorización de los problemas de salud, para así desarrollar las acciones que contribuyan a solucionarlos, se propusieron implementar el ASIS como instrumento científico-metodológico de la planificación estratégica que debía seguirse en los próximos años.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 618 núcleos familiares con 1 943 habitantes, pertenecientes a la Unidad Básica de Salud (UBS) No. 1 San Vicente, del municipio de Vianópolis, en el estado de Goiás, de Brasil, en el período de mayo a julio de 2015, con vistas a realizar el análisis de la situación de salud de esa población durante el 2014.

A tal efecto se utilizaron los indicadores propuestos en la metodología de la Universidad de Mato Grosso del Sur para el curso de especialización del Programa Más Médico para Brasil.<sup>9</sup> Los datos fueron recolectados en el Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Salud, y a través de encuestas aplicadas a los agentes comunitarios de salud y a la población, y entrevistas efectuadas a diferentes actores sociales formales e informales. Toda la información fue procesada estadísticamente con el paquete Excel, y además se aplicó el método clínico-epidemiológico.

### Operacionalización de las variables

- Caracterización de la población

- Variables demográficas: población por sexo, edad y lugar de residencia
- Variables socioeconómicas: renta, ocupación e inserción en el mercado de trabajo
- Variables culturales: grado de instrucción, hábitos dietéticos, hábitos y comportamientos sociales

- Caracterización de las condiciones de vida

- a) Condiciones ambientales

- Tipo de vivienda
- Abastecimiento de agua
- Recolección de residuales sólidos
- Recolección de los residuales líquidos
- Seguridad pública y recreación
- Medios de comunicación masiva

- b) Características de las personas

- Nivel educacional
- Asistencia a la salud

- Caracterización del perfil epidemiológico

- a) Indicadores de morbilidad

- Atención a las familias
- Salud infantil
- Salud de la mujer
- Consultas por enfermedades infecciosas
- Consultas por enfermedades no transmisibles
- Remisiones y otras atenciones en la UBS
- Visitas domiciliarias

## RESULTADOS

La UBS No. 1 atiende los 2 607 habitantes de un poblado, 2 barrios (San Vicente y San José) y además de la zona rural con 14 haciendas; de ellos se encuentran dispensarizados 1 943 en el Sistema Único de Salud (SUS), para 74,5 %, agrupados en 972 familias, de las cuales están dispensarizadas 618 en el SUS, para 63,5 %. Se debe destacar que 73,1 % de la población atendida por la UBS residía en la ciudad.

Del total de la población dispensarizada (1 943), 1 013 eran hombres, para 52,1 %, y 930, mujeres, para 47,8 %. El índice de masculinidad fue de 108,9; es decir, por cada 100 mujeres existían 108 hombres aproximadamente, lo que demostró el predominio de estos. Al analizar las edades, la mayoría correspondió al grupo etario de 20-39 años, con 34,9 %; en tanto, los menores de 15 años representaron 15,1 % y los mayores de 60 años, 14,6 %.

Se puede decir que los ingresos medios eran aproximadamente de 761 reales por familia, por lo menos en 45,1 % de las familias los ingresos eran muy bajos, especialmente en la zona rural y en el Barrio San Vicente.

La mayoría de la población estudiaba o trabajaba. Los trabajadores laboraban en comercios, fábricas de tejas, la agricultura y algunos en la prefectura. Al respecto, la agricultura constituía una gran fuente de empleos, donde existían cooperativas, productores individuales y empresas dedicadas a la producción de maíz, soya y otros

productos. También había un importante mercado de cerámica y la prefectura poseía trabajadores en áreas como la educación, la salud, entre otras.

Al analizar el grado de instrucción, se obtuvo un predominio de la enseñanza fundamental, con 63,7 %, seguida de la enseñanza media, con 19,4 %, y de los analfabetos e ignorados, con 14,6 % de la población; solo 2,1 % eran graduados de la educación superior.

Entre los habitantes, 78,4 % presentaban malos hábitos dietéticos y sociales, como ingestión de comidas saturadas en grasas, consumo de bebidas alcohólicas, adición a las drogas, hábito de fumar y no práctica de ejercicios físicos. La población de la zona urbana mostraba un comportamiento inadecuado, por el alto índice de criminalidad y violencia, debido a la alta circulación de drogas.

Las viviendas estaban construidas principalmente con ladrillo o adobe, en 617 (99,8 %), y una casa era de madera revestida (0,16 %). Existía una media de 5 habitaciones en cada vivienda y 597 domicilios poseían energía eléctrica, para 96,6 %. Las condiciones de las moradas en general eran buenas o regulares en 61,3 %.

El abastecimiento de agua se realizaba por sistema hidráulico público en 392 de las viviendas, para 63,4 %, por pozo o manantial en 224 casas, para 36,2 %, y por otros medios en 2 núcleos familiares, para 0,3 %. El agua era tratada por filtración en 572 viviendas (92,6 %), por cloración en 10 (1,6 %) y por hervidura en 2 (0,3 %); en 34 casas no se trataba el agua, para 5,5 %.

En el área urbana se limpiada la basura diariamente en las calles, mientras en la zona rural era quemada, enterrada o se dejaba a la intemperie. En general, los moradores de 474 casas recogían la basura (76,7 %), en 139 la quemaban o enterraban (22,5 %) y en 5 la dejan a la intemperie, para 0,8 %.

Del total de viviendas, 606 poseían fosas sanitarias, para 98,1 %, 11 tenían sistema de recolección de residuales líquidos y una lo vertía al medio ambiente, para 0,1 %.

Los índices de criminalidad aumentaron mucho en los últimos tiempos y la seguridad pública era precaria; existían muchos asaltos en las residencias debido a la ausencia de la policía civil en las calles.

En cuanto a la recreación, solo existía un parque de recreación agropecuario en el municipio, y la opinión de la población en general sobre la recreación era mala. Del total de familias, 643 (66,1 %) miraban televisión, 381 (40,4 %) escuchaban la radio y 151 (15,5 %) utilizaban otros medios de comunicación; el uso de celulares se encontraba bien generalizado, pero los más jóvenes eran quienes aprovechaban la conexión a Internet para la comunicación.

El nivel educacional pudo catalogarse de medio, pues de 279 personas entre los 7-14 años, 156 (55,9 %) asistían a la escuela, y de 1 619 mayores de 15 años, 1 529 se encontraban alfabetizados (92,7 %).

Del total de la población, 43 núcleos familiares (2,2 %) presentaban planes de salud. En el caso de aparecer alguna enfermedad, 565 familias (58,1 %) asistían a la UBS, 274 (28,2 %) iban hacia el hospital, 112 (1,2 %) se dirigían a otras unidades de salud, 105 (10,8 %) a la farmacia y 16 (1,6 %) a personas con conocimientos de medicina natural y tradicional.

En el año 2013 había 644 mujeres con relación consensual, contra 614 en el año 2014, para una reducción de 0,9 %.

Asimismo en el año 2014 se realizaron 7 333 consultas contra 5 391 durante el año 2013, lo que evidencia un aumento de 1 942, para 36,0 %. Mayormente fueron atendidos los residentes del área, con 2 158 consultas más, y disminuyeron en 216 las consultas a los residentes fuera del área. Las personas de todos los grupos etarios incrementaron la asistencia a consultas.

Durante el año 2014 hubo un incremento de los nacidos vivos y de los recién nacidos con bajo peso, en comparación con el año 2013; igualmente aumentaron las consultas de puericultura, la lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de edad y la vacunación al día en pacientes de 0 a 4 meses de edad (tabla 1). Con respecto a los niños de 12 meses a 2 años disminuyó la vacunación al día, y de los niños pesados en ese período solo se halló uno desnutrido.

La morbilidad por diarreas y enfermedades respiratorias agudas se redujeron en el año 2014 en los niños menores de 2 años, y se logró tratar a todos los niños con diarreas con sales de rehidratación oral. También se redujeron las hospitalizaciones por neumonía y deshidratación en menores de 5 años.

**Tabla 1.** Salud en la infancia

Salud infantil	2013		2014		Variación
	No.	%	No.	%	
Nacidos vivos *	28	170,7	31	184,3	+ 3
Nacido vivo bajo peso	5	17,8	6	19,3	+1
Puericultura **	806	26,3	1 079	31,1	+ 273
Niño de 0 a 4 meses **	7	21,2	9	27,2	+ 2
–Lactancia materna exclusiva	6	85,7	8	88,9	+ 2
–Lactancia materna mixta	1	14,3	1	11,1	-
Niños de 0 a 12 meses **	24	21,2	25	23,5	+ 1
–Con vacuna al día	23	95,8	24	96,0	+ 1
–Pesadas	21	87,5	22	88,0	+ 1
–Desnutridas	1	4,8	1	4,5	
Niños de 12 meses a 2 años **	29	21,0	24	19,8	- 7
–Con vacuna al día	28	96,5	22	91,7	- 6
–Pesadas	23	79,3	19	79,2	
–Desnutridas			1	5,3	+ 1
Menores de 2 años **	53	21,1	49	21,5	- 4
–Con diarreas	6	11,3	4	8,2	- 2
–Con diarreas y usaron sales de rehidratación oral	5	83,3	4	100,0	- 1
–Infecciones respiratorias agudas	9	17,0	7	14,3	- 2
Hospitalizaciones – 5 años por neumonía **	12	80,0	7	43,7	- 5
Hospitalizaciones – 5 años por deshidratación **	12	80,0	10	62,5	+ 2

\* Tasa x 1 000 nacidos vivos no municipio

\*\* Porcentaje con relación al total del municipio

Respecto a la salud de la mujer se mejoraron todos los indicadores propuestos por el Ministerio de Salud brasileño, aunque continuaba siendo alto el número de mujeres embarazadas menores de 20 años (tabla 2).

**Tabla 2.** Salud de la mujer

Salud de la mujer	2013		2014		Variación
	No.	%	No.	%	
Gestantes dispensarizadas *	21	31,8	16	24,2	- 5
– Acompañadas	20	95,2	15	93,7	- 5
– Vacunación al día	20	100,0	15	100,0	
– Consulta prenatal	20	100,0	15	100,0	
– Prenatal iniciado en 1 <sup>er</sup> trimestre	18	90,0	15	100,0	- 3
– Menores de 20 años	7	33,3	6	37,5	- 1
Consultas prenatales realizadas *	410	43,0	501	52,5	+ 91
Prevención de cáncer cervicouterino *	144	20,3	151	21,1	+ 7
Prueba citológica oncológica NIC-III *	2	28,3			- 2

\* Porcentaje en relación con el total del municipio

En el período estudiado se mantuvo el seguimiento de un paciente con la enfermedad de Hansen, y no aparecieron otras enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. No se halló información sobre la incidencia de infecciones respiratorias agudas; no obstante, debe señalarse que las consultas por esta causa fueron frecuentes debido a la situación geográfica del municipio y a la presencia de fábricas de cerámicas que generan mucha cantidad de gases a la atmósfera.

El número de consultas por enfermedades no transmisibles, como hipertensión arterial, diabetes *mellitus* y accidente vascular encefálico se incrementaron de un año al otro (tabla 3).

**Tabla 3.** Consultas por enfermedades no transmisibles

Enfermedades no transmisibles	Consultas			
	2013		2014	
	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	582	10,7	870	11,8
Diabetes <i>mellitus</i>	197	3,6	525	7,1
Infarto del miocardio	2	0,03	2	0,02
Accidente vascular encefálico			1	0,01

Porcentaje según número de consultas realizadas en el año

En el año 2014 hubo un aumento de remisiones y de otros servicios en la UBS, en correspondencia con el número de consultas realizadas, de manera que existieron 250 atenciones por especialistas, 106 remisiones para el hospital, 22 urgencias y emergencias atendidas, 1 372 cuidados de enfermería y 157 atenciones individuales por otros profesionales de nivel superior.

Durante el 2014 se realizaron 5 377 visitas a domicilios contra 5 167 en el año 2013; los médicos, enfermeras y profesionales de nivel medio efectuaron 114, respectivamente, y las agentes comunitarias de salud o algún otro profesional realizaron las 5 035 restantes.

## DISCUSIÓN

Luego de aplicado el ASIS, entre los problemas sanitarios que el equipo de profesionales decidió intervenir figuraron:

1. Alta incidencia de hipertensión arterial

2. Alta incidencia de diabetes *mellitus*
3. Adolescentes gestantes
4. Poco conocimiento de las personas hipertensas sobre su enfermedad
5. Alto índice de alcoholismo
6. Malos hábitos dietéticos y sociales
7. Continuidad de la capacitación para las agentes comunitarias de salud
8. Continuidad de la dispensarización de toda de la población en el SUS

Se aplicó el método de *ranking* para la priorización de los problemas, donde el de mayor puntuación fue el poco conocimiento de las personas hipertensas sobre su enfermedad, por lo que se decidió realizar el plan de acción en este caso.

Dicho plan de acción se llevó a cabo con un enfoque clinicoepidemiológico, abordando en el qué hacer los aspectos de pesquisa, diagnóstico, seguimiento e investigación sobre el tema en esta área. Se aplicaron las preguntas cómo, cuándo, quién, por qué y dónde, y se consideraron los recursos para abordar todo el proceso. Como aspecto novedoso en la UBS se destacó lograr la capacitación en el equipo de los agentes comunitarios de salud, la educación continua a los pacientes sobre su dolencia y la incentivación a los profesionales a la investigación.

Esta metodología como un proceso diario, cambiante, con la participación activa de todo el equipo de salud y la comunidad, permitió llegar a los siguientes resultados:

1. Detección de nuevos afectados por hipertensión arterial
2. Incremento del cumplimiento del tratamiento
3. Evitación de complicaciones de la enfermedad
4. Elevación de los conocimientos y la percepción del riesgo de la enfermedad en la población.

Muchas familias viven de los beneficios del gobierno, como la bolsa de familia, y del trabajo concedido por el departamento de acción social de la prefectura. Los problemas identificados en esta comunidad reflejan problemas que ocurren en el municipio, el estado y el país. El Ministerio de la Salud en Brasil ofrece en sus manuales las herramientas a los trabajadores de salud para conocer cómo detectar precozmente la hipertensión arterial, y además cómo prevenir y controlar otras enfermedades crónicas.<sup>10-14</sup>

Debe señalarse que la tasa de prevalencia de HTA en esta comunidad era de 19,2 %, semejante a las registradas en el municipio, el estado y el país.<sup>11-13,15</sup> Muchos de los pacientes, a pesar de estar diagnosticados y presentar indicación terapéutica, no realizan el tratamiento y mantienen factores de riesgo, como el gran consumo de sal, el sedentarismo, el alcoholismo, las comidas saturadas en grasas, entre otros, lo que determina cifras tensionales altas.

El plan de acción del equipo de salud de la USB No. 1 San Vicente estuvo basado en la línea de acción brasileña para el control de la enfermedad,<sup>12-15</sup> con actividades de investigación, promoción y educación no solo para los pacientes hipertensos, sino también para los integrantes del equipo sanitario en interrelación con otros profesionales de la salud y de demás sectores.

Según algunos autores,<sup>16</sup> en Brasil la realización del diagnóstico de salud fue abandonada o reducida, trayendo como consecuencia prejuicios para el desempeño de los servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud ha retomado esa práctica con una visión más amplia de la epidemiología mediante la implementación del análisis de la

situación de salud, teniendo en cuenta los indicadores demográficos, sociales, económicos y de salud para comprender los determinantes de las condiciones de salud.

El modelo actual de Programa de Salud de la Familia, implementado en el país como estrategia que prioriza las acciones de promoción, protección e recuperación de la salud de los individuos y su familia de forma integral y/o continua,<sup>17,18</sup> apoyado por el funcionamiento del Programa Más Médico para el Brasil,<sup>8</sup> permite cumplir con los objetivos de la OPS en cuanto a la realización e implementación del ASIS.

El Ministerio de Salud en Brasil publicó un libro,<sup>19</sup> en el año 2014, sobre el análisis de la situación de salud del país en el año 2013, donde efectuaba una reflexión acerca de la importancia de ejecutar este análisis no solo a nivel nacional, sino también a nivel estadual, municipal y en cada unidad básica de salud; además enfatizaba en la necesidad de realizar una buena introducción de los datos en los sistemas de información y de emplear esos datos como herramientas para nuevos análisis y planes de acción en aras de mejorar el estado de salud de la población.

Dicha publicación es un compromiso institucional del Ministerio de Salud de divulgar información de salud oportuna, democrática y transparentemente. También incluye la vigilancia de la situación de salud de Brasil, de acuerdo con el conocimiento de esta institución gubernamental. Además de producir conocimiento, esta experiencia es un proceso interno valioso para incitar el pensamiento y la mejora institucional, fortalecer la capacidad analítica de los profesionales, proporcionar datos de los sistemas de información y alimentar un debate académico sobre las necesidades y los servicios de salud.

Sobre la base de lo expuesto anteriormente, pudo plantearse que la realización del análisis de la situación de salud en una UBS parte de los componentes y determinantes del estado de salud, con el objetivo de implementar un plan de acción con enfoque clinicoepidemiológico, dinámico y renovador, según las condiciones higiénicas, ambientales, sociales y políticas de cada lugar, donde se trabaje en equipo, haya superación profesional, espíritu de investigación, y se apliquen todas las técnicas y dinámicas de la educación y promoción en salud, además de la participación intersectorial de otros actores sociales formales e informales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica. 2000 [citado 6 May 2015]; 8(1/2). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>
2. Ramos Domínguez BN. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 6 May 2015]; 32(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n2/spu11206.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. HSD.03. Indicadores Básicos de Salud. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado 6 May 2015]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=1775&lang=es&Itemid=1866](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1775&lang=es&Itemid=1866)



4. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 6 May 2015]; 39(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011)
5. Martínez Calvo S. Calidad del proceso de enseñanza del análisis de situación de salud en la carrera de medicina. Rev Haban Cienc Méd. 2013 [citado 6 May 2015]; 12(2): 237-48. Disponible en: [Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200011)
6. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública. 1998 [citado 6 May 2015]; 24(1). Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es&nrm=iso)
7. Martínez Calvo S. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Cubana Salud Pública. 1997 [citado 6 May 2015]; 23(1-2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100004)
8. Brasil. Governo Federal. Conheça o Programa. Mais Medico para o Brasil, mais saúde para você [citado 6 May 2015]. Disponible en: <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>
9. Modulo de Analisis Situacional. Pós Graduado em Atenção Básica em Saúde da Família, dirigido a Profissional do Programa Mais Medico para o Brasil. Campo Grande: Universidade de Mato Grosso do Sul; 2014.
10. Cálculo Imposto de renda- IRPF [citado 6 May 2015]. Disponible en: <http://www.calculenet.net/calculos.trabalhistas/calculo.do.imposto.de.renda.irrf.a.php>
11. Boing AF, d'Orsi E, Reibnitz C. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 58. (Cadernos de Atenção Básica n. 15) (Serie A. Normas e Manuais Técnicos)
13. Carvalho Malta D, Barbosa da Silva J. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol Serv Saúde, Brasília. 2014; 23(3): 389-95.
14. Carvalho Malta D, Scolari Gosch C, Buss P, Gonçalves Rocha D, Rezende R, Carvalho Freitas P, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(11): 4341-50.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 128. (Cadernos de Atenção Básica n. 37)

16. Alves Waldman E, Etzuko da Costa Rosa T. *Vigilância em Saúde Pública. Análise da situação de saúde*. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis; 1998.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde n. 4)
18. De Souza MF, Merchán E, Machado AV. El Programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012 [citado 6 May 2015]; 30(1): 66–74. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
19. Ribeiro AP, Silva CM, Souza ER, Avanci JQ, Freitas MG, Montenegro MM. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 384.

Recibido: 13 de noviembre de 2015.

Aprobado: 14 de septiembre de 2016.

*Meinardo Zayas Vinent*. Policlínico Docente “Carlos Juan Finlay”, calle Reloj nr 370, entre Bayamo y Enramadas, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:  
[meinardozayas@gmail.com](mailto:meinardozayas@gmail.com)