

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DAZIELLE FERREIRA PENA

**PLANO DE INTERVENÇÃO VISANDO A REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE
DE HIPERTENSÃO DESCONTROLADA DOS USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPINA VERDE, CONTAGEM -
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

DAZIELLE FERREIRA PENA

PLANO DE INTERVENÇÃO VISANDO A REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO DESCONTROLADA DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPINA VERDE, CONTAGEM - MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2018

DAZIELLE FERREIRA PENA

PLANO DE INTERVENÇÃO VISANDO A REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO DESCONTROLADA DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CAMPINA VERDE, CONTAGEM - MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 18/03/2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter sido fiel e cumpridor de suas promessas em minha vida, mesmo não tendo merecimento algum, por ter me abençoado e direcionado na elaboração e conclusão deste projeto de intervenção e curso de especialização Estratégia Saúde da Família.

Aos meus pais, irmãos e esposo que desde o início vem me apoiando em tudo.

Aos meus colegas de profissão da UBS Campina Verde-Contagem, que foram de total valia na execução desse projeto de intervenção.

À minha orientadora Eliana Aparecida Villa que me orientou na produção deste trabalho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica se caracteriza pela elevação crônica da pressão arterial, e atualmente é classificada por qualquer pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 80 mmHg. É considerado um dos principais fatores de risco cardiovascular modificáveis, sendo de extrema importância sua prevenção, detecção precoce e controle. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família Campina Verde, no município de Contagem-MG, lidam com diversos problemas, entre estes, o que se considera prioritário é a hipertensão arterial. Assim, este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção visando a redução do alto índice de hipertensão arterial sistêmica descontrolada nos pacientes, priorizando o autocuidado e a prevenção de agravos. A seleção dos artigos para elaboração da revisão bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, em livros e artigos científicos, nas diretrizes brasileira e americana de hipertensão arterial. Utilizou-se como termos de busca: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Fator de Risco. Com isso, elaborou-se o plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional, tendo sido realizado o diagnóstico situacional em saúde, com a priorização do problema e o desenvolvimento do plano de ação. Para o enfrentamento dos “nós críticos” foram propostas ações que visam modificar os hábitos de vida dos pacientes, controle de fatores agravantes, educação e autocuidado em saúde. Pretende-se com este projeto de intervenção, mediante ações resolutivas, reduzir os fatores de riscos modificáveis da hipertensão, permitindo assim seu controle, diminuindo sua prevalência e complicações na saúde da população assistida.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão. Fator de Risco.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is characterized by chronic elevation of blood pressure and is currently classified by any systolic blood pressure ≥ 130 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 80 mmHg. It is considered one of the main modifiable cardiovascular risk factors, being extremely important its prevention, early detection and control. The professionals of the Family Health Strategy Campina Verde, in the city of Contagem-MG, deal with several problems, among which, what is considered a priority is hypertension. Thus, this study aims to elaborate an intervention project aimed at reducing the high rate of uncontrolled systemic arterial hypertension in patients, prioritizing self-care and the prevention of injuries. The selection of articles for the preparation of the bibliographic review was carried out in the Virtual Health Library, in books and scientific articles, in Brazilian and American hypertension guidelines. It was used as search terms: Primary Health Care, Family Health Strategy, Hypertension, Risk Factor. With that, the intervention plan based on the Situational Strategic Planning was elaborated, having been carried out the situational diagnosis in health, with the prioritization of the problem and the development of the action plan. In order to confront the "critical nodes", actions were proposed that aim to modify patients' habits of life, control of aggravating factors, education and self-care in health. The aim of this intervention project, through resolute actions, is to reduce the modifiable risk factors of hypertension, thus allowing its control, reducing its prevalence and complications in the health of the assisted population.

Key words: Primary Health Care, Family Health Strategy, Hypertension. Risk factor.

SUMÁRIO

<u>1.</u> INTRODUÇÃO	8
1.1 Breves informações sobre o município de Contagem	8
1.2 O sistema municipal de saúde.....	9
1.3 A Equipe de Saúde da Família Verde, seu território e sua população	9
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	11
<u>2.</u> JUSTIFICATIVA.....	13
<u>3.</u> OBJETIVO.....	14
<u>4.</u> METODOLOGIA.....	15
<u>5.</u> REVISÃO DE LITERATURA	17
<u>6.</u> PLANO DE INTERVENÇÃO.....	25
6.1 - Terceiro passo: Descrição do problema priorizado	25
6.2 - Quarto passo: Explicação do problema priorizado	25
6.3 - Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”	26
6.4 - Sexto passo: Desenho das operações	26
<u>7.</u> CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Contagem

Segundo estimativa do IBGE (2016), Contagem é um município brasileiro do estado de Minas Gerais situado na região metropolitana de Belo Horizonte. É o município com a terceira maior população do estado, com 658.580 habitantes, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial.

A economia de Contagem é baseada principalmente no comércio (30,65%) e na indústria (25,71%). O centro de abastecimento de Minas Gerais de produtos de agropecuária (CEASA) fica localizado em Contagem e emprega muitos habitantes dessa cidade. O mercado municipal de Contagem funciona como um espelho da cultura mineira e, de modo particular, dos costumes da cidade, está localizado em um ponto estratégico do município, entre os bairros Eldorado, Inconfidentes e Riacho das Pedras, comércio este que atrai públicos de várias outras cidades de Minas Gerais (IBGE, 2016).

Em 2015, o salário médio mensal era de 2,6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 34,0%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 30,5% da população nessas condições (IBGE, 2016).

Os alunos dos anos iniciais da rede pública avaliados em 2015 tiveram nota média de 5,9 no Índice de desenvolvimento da atenção básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4,4. E a taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97,4 em 2010 (IBGE, 2016).

Em 2014, tinha um PIB *per capita* de R\$ 40833,12. Em 2015, tinha 57,7% do seu orçamento proveniente de fontes externas (IBGE, 2016).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,01 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,2 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2016).

Apresenta 92,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 68,3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 39% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada com presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2016).

1.2 O sistema municipal de saúde

A atenção primária no município de Contagem é formada por cento e quatro Unidades Básicas de Saúde e oito Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) abrangendo aproximadamente 56% da população. Já a atenção especializada conta com dois Centros de Consultas Especializadas (CCE Ressaca e CCE Iria Diniz), um Centro de Referência a Saúde do Homem, um Centro de Referência a Saúde do Trabalhador, um Centro de especialidades Odontológicas, um Centros de Apoio Psicossocial (CAPS II), um CAPSi (infantil), um CAPS Álcool e Drogas, um Centro de Convivência, Um Serviço Residencial Terapêutico e uma Casa de Gestante. Na atenção de urgência e emergência temos quatro unidades de pronto atendimento (UPA) e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (CONTAGEM, 2016).

Também dispomos de atenção hospitalar composta por um Hospital Municipal e uma Maternidade Municipal. Como apoio diagnóstico possuímos laboratórios centralizados com onze postos de coleta e onze farmácias distritais. Existem também vigilância em saúde, com um centro de controle de zoonoses, dois centros de testagem e aconselhamento DST/AIDS e um centro de imunizações (CONTAGEM, 2016).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Campina Verde, seu território e sua população

A área de abrangência e atuação da Estratégia Saúde da Família Campina Verde, onde exerço a função de Médica da Família, fica no distrito Ressaca, município de

Contagem e engloba quatro microáreas, as quais se encontram nos bairros Novo Boa Vista, Campina Verde e São Sebastião. O Distrito Ressaca conta com vinte e duas Estratégias Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde, duas farmácias, dois Núcleos de Apoio Saúde da Família, um Centro de Apoio a Saúde da Família, uma Unidade de Pronto Atendimento e dois Postos de Coleta Laboratorial (CONTAGEM, 2016).

A Unidade de Saúde da Equipe 49 está situada na rua Joaquim Ferreira de Barros 198, Bairro São Sebastião, rua com poucas moradias, apresentando em sua grande maioria galpões comerciais e foi inaugurada há cerca de 10 anos. É uma casa alugada e antiga, sem uma adequada estrutura, e adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A área destinada à recepção é inadequada, pois funciona na garagem da casa, onde foram colocados bancos para os usuários, porém os mesmos são insuficientes. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza essa mesma garagem. Devido a roubos, a Unidade não conta com computadores, impressoras, entre outros.

As reuniões com a comunidade acontecem na recepção da Unidade (garagem) em dias de reuniões de grupos específicos.

A população sempre reclama da rotatividade de médicos e da falta de estrutura e insumos. A Unidade atualmente está mal equipada, não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, não tem instrumental para pequenas cirurgias, tampouco anestésicos locais, por várias vezes não tem soro fisiológico e medicações básicas. Não existe sala de vacinas, nem sala de observação.

A Equipe é formada por uma médica, um vigia, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, atualmente, uma agente comunitária de saúde, uma auxiliar de limpeza e uma auxiliar administrativa. A equipe encontra-se desfalcada, contando apenas com uma ACS, sendo assim, as quatro microáreas estão descobertas, em média de dois anos, e o número de usuários é desproporcional ao tamanho dessa equipe. Além de não contar com meios e instrumentos necessários para um bom atendimento e resolução da grande demanda, gerando cansaço e desmotivação aos profissionais.

O trabalho da equipe Campina Verde se divide na demanda espontânea pela manhã e o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, planejamento familiar, consultas especializadas compartilhadas, puerpério, risco cirúrgico, acolhimento e classificação de risco. Também são realizadas as consultas de enfermagem, atendimento e reuniões para hipertensos, diabéticos e portadores de saúde mental, renovação de receitas de uso contínuo e propedêutica para controle das comorbidades e prevenção das complicações e as visitas domiciliares. Há um dia específico para solicitações e avaliação de exames em geral, reuniões quinzenais em equipe e mensal com o NASF e projetos de educação em saúde sobre doença sexualmente transmissível.

A comunidade conta com recursos de uma escola estadual, uma unidade municipal de educação infantil, uma creche particular, quatro igrejas, uma praça com academia ao ar livre, associação de bairro, um cemitério e um crematório.

Entre os 2.563 habitantes da área de abrangência da Equipe Campina Verde, 1256 (49%) são homens e 1307 (51%) são mulheres. Grande parte da população empregada trabalha no Centro de Abastecimento de Agropecuária (CEASA) com compra e venda de produtos do agronegócio e com carregamento de pesadas caixas, levando a um grande número de atendimentos devido a doenças osteomusculares.

A estrutura de saneamento básico é relativamente boa, tendo cobertura quase total de rede de esgoto e coleta de lixo. Quanto ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada. As moradias são variadas, tendo casas grandes com boa estrutura e algumas precárias. O analfabetismo não é elevado, sendo maior entre os maiores de 40 anos. O número de desempregados tem aumentado nos últimos anos (CONTAGEM, 2016).

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Um planejamento em saúde exige identificar os principais problemas de saúde de uma determinada comunidade, e elaborar um plano de ação baseado nas soluções prioritárias. A Estimativa Rápida é o método mais rápido e econômico para obter

tais informações, mediante entrevistas com informantes relevantes, estudo de registros e observação do estilo e condições de vida dessas pessoas (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

A distribuição dos óbitos em série histórica mostrou que as principais causas de óbito dos residentes do Distrito Ressaca têm sido as doenças relacionadas ao aparelho circulatório seguidas das neoplasias. As principais causas de internação são por complicações de doenças crônicas, asma e doenças infecciosas. Segundo as informações epidemiológicas do distrito Ressaca, a ESF Campina Verde também apresenta prevalência de doenças crônicas, com complicações e internações decorrentes principalmente de Hipertensão Arterial Sistêmica em inadequado controle, e muitas vezes agravada por fatores de risco cardiovascular passíveis de modificações (CONTAGEM, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a comorbidade mais prevalente na ESF Campina Verde, indo a favor da nova Diretriz Americana de Hipertensão, que alterou a definição da doença, aumentando a prevalência desta, de 32% para 46% (SOCIEDADE AMERICANA DE CARDIOLOGIA, 2017).

É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, renais e cerebrovasculares. Leva a pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

E sendo seus fatores agravantes modificáveis, necessita ser bem controlada, mediante alimentação saudável, adesão ao tratamento medicamentoso, redução do peso; sedentarismo e estresse psicossocial, cessação do tabagismo e alcoolismo, controle do diabetes mellitus (DM) e dislipidemias, educação em saúde e consequentemente controle pressórico, prevenindo assim, as complicações, internações e óbitos relacionados a mesma.

Desse modo, o tema proposto torna-se de extrema relevância, necessitando ser mais estudado, para a elaboração de um projeto de intervenção multidisciplinar de promoção e prevenção em saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção, com vistas à redução do alto índice de hipertensão descontrolada dos usuários da Estratégia Saúde da Família Campina Verde de Contagem, Minas Gerais.

3.2 Específicos

Planejar com a equipe de saúde e a comunidade, ações de saúde que possam controlar a HAS, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade associada.

Estimular o autocuidado dos pacientes com hipertensão descontrolada

Propor ações de promoção à saúde que contribuam para modificar os fatores de risco que provocam a HAS.

4 METODOLOGIA

Neste projeto de intervenção utilizamos como metodologia o Planejamento Estratégico Situacional (PES), por ser uma ferramenta eficaz na realização da operacionalização de um planejamento estratégico (MATUS, 1994).

Franco Huertas (1996, p. 21) defende o PES por ser:

Um instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar dos problemas de transformação social e deve ser aplicada de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperação ou em conflito.

A Estimativa Rápida foi o método de escolha utilizado, pois tem a capacidade de envolver a população na identificação dos seus problemas e os autores que gerenciam os recursos necessários para resolver tais questões (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para dar sustentação teórica ao projeto de intervenção, foi realizada uma revisão de literatura. Na revisão de literatura busca-se publicações apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, no ponto de vista contextual ou teórico. São, de modo geral, uma análise de literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Essa categoria de artigos permite ao leitor adquirir e continuar o conhecimento sobre uma temática específica em menor tempo (ROTHER, 2007).

A seleção dos artigos para elaboração dessa revisão ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por ela reunir bases de dados bibliográficas em ciências da saúde, tais como: LILACS, MEDLINE, SciELO, com acesso livre e gratuito. Utilizou-se como

termos de busca: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Fatores de risco.

Posteriormente, elaborou-se o plano de intervenção, onde foram especificados e seguidos os dez passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional. O plano foi iniciado a partir da definição dos principais problemas envolvendo sobretudo a saúde da comunidade. Posteriormente priorizou-se a Hipertensão levando em consideração o impacto negativo de suas consequências na saúde da população.

Foi feita a descrição e explicação do problema priorizado, seleção dos fatores passíveis de modificação, desenho das operações para tais modificações, identificação dos possíveis recursos, análise de viabilidade do plano de ação, elaboração do plano operativo e por fim, a gestão do plano de (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma comorbidade crônica e constitui um grande e importante problema de saúde pública no Brasil, é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, renais e cerebrovasculares, e leva a pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Segundo Duncan (2013, p. 618) “Uma pressão arterial usual acima de 115/75 mmHg é o maior fator de risco cardiovascular, explicando a ocorrência de cerca de dois terços dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e metade dos infartos do miocárdio. Quase sempre acompanhada de distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo piorada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Porém também pode ser a causa única de morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, com a expectativa de vida da população em ascensão e conseqüentemente o aumento da classe idosa, a prevalência de hipertensão arterial vem aumentando. Estudos envolvendo 13.978 brasileiros idosos revelou hipertensão arterial em 68% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Recentemente a nova Diretriz Americana de Hipertensão, baseada na Prevenção, Detecção, Avaliação e Gestão da Hipertensão Arterial em Adultos, a pressão arterial passa a ser classificada como normal quando PAS < 120mmHg + PAD < 80mmHg; elevada quando PAS estiver entre 120-129mmHg + PAD entre 80-89mmHg; estágio 1 quando PAS estiver entre 130-139mmHg ou PAD entre 80-89mmHg; estágio 2 quando PAS for \geq a 140mmHg ou PAD \geq a 90mmHg. Alterando assim a definição de hipertensão para qualquer PAS de 130mmHg ou mais, ou qualquer PAD de 80mmHg ou superior, aumentando a prevalência da HAS de 32% para 46%, afetando quase

metade de toda população, tendo ainda mais relevância a importância da prevenção, detecção precoce e controle multiprofissional da hipertensão arterial e todos os possíveis fatores de riscos desses pacientes (SOCIEDADE AMERICANA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a padronização de aferição da pressão arterial no consultório se estabelece com medidas onde o paciente deve estar sentado com braço na altura do precórdio; medir com 5 minutos de repouso; não fumar e/ou consumir bebidas com cafeína 30 minutos antes; o esfigmomanômetro deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço; palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido; desinflar o manguito vagarosamente; a pressão sistólica corresponde ao valor em que se inicia os ruídos de Korotkoff; a pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos ruídos; marcar valores com intervalos de 2 mmHg; deve-se usar a média das duas aferições para ter a pressão arterial do dia; medir a pressão nos dois braços e dar preferência ao valor mais alto.

Para fins diagnósticos uma nova rotina foi estabelecida, a PA deve ser aferida 2 a 3 vezes, em 2 a 3 ocasiões diferentes, e quando precisar utilizar a medida de outros profissionais ou a auto medida, um check-list com seis passos que devem ser seguidos, e sempre se deve usar aparelho bem calibrado, porém o método ideal e que melhor se correlaciona com eventos é a MAPA de 24 horas. As principais indicações para uso de MAPA ou MRPA é o diagnóstico inicial de HAS com PA entre 130x80mmHg e 160x100mmHg, a monitorização periódica de adultos já diagnosticados com HAS do avental branco, a suspeita de HAS do avental branco, e PA consistentemente entre 120x75mmHg e 129x79mmHg em pacientes não-tratados para diagnóstico de HAS mascarada. E estabeleceu a recomendação de usar estratégias através da telemedicina para controle e possível ajuste da terapia, além da auto medida da PA. Pacientes com HAS súbita, com lesão desproporcional de órgãos-alvos ou hipertensão diastólica iniciada após os 65 anos devem fazer rastreio para HAS secundária, além das indicações tradicionais (HAS antes dos 30 anos e hipocalemia não induzida) (SOCIEDADE AMERICANA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Os exames de rotina preconizados pela Sociedade Americana de Cardiologia (2017) para todos os pacientes hipertensos continuam praticamente os mesmos, sendo eles hemograma, glicemia, perfil lipídico, creatinina, sódio, potássio, cálcio, TSH, urina e ECG. A Proteína C Reativa -ultrassensível foi retirada dos exames iniciais. E o ecocardiograma, ácido úrico e relação albumina/creatinina como opcionais, conforme necessidade específica.

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), na avaliação do risco adicional do paciente hipertenso, devemos levar em consideração alguns fatores de riscos cardiovasculares, sendo eles, sexo masculino; homens ≥ 55 anos e mulheres ≥ 65 anos; história de doença cardiovascular (DCV) prematura em parentes de 1º grau (homens <55 anos ou mulheres <65 anos) ; tabagismo; dislipidemia (Colesterol total > 190 mg/dl e/ou lipoproteína de baixa densidade (LDL) > 115 mg/dl e/ou lipoproteína de alta densidade (HDL) < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou Triglicerídeos > 150 mg/dl); resistência à insulina (glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl; teste oral de tolerância à glicose 140-199 mg/dl em 2 horas; hemoglobina glicada 5,7- 6,4%); obesidade (índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² e circunferência abdominal (CA) ≥ 102 cm nos homens ou ≥ 88 cm nas mulheres).

Quanto ao tratamento medicamentoso, na HAS estágio 1 só deve ser medicado em pacientes com prevenção secundária (após evento cardiovascular) ou quando o risco cardiovascular estimado em 10 anos for maior que 10% (utilizando a calculadora americana ASCVD Risk Estimator). Na HAS estágio 2 o paciente sempre deve ser medicado após confirmada em uma reavaliação após 1 mês, exceto se PA inicialmente já for superior ou igual a 180x110mmHg (deve ser prontamente medicado).

As drogas de primeira escolha continuam as mesmas: diuréticos tiazídicos, bloqueadores de cálcio, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA), sempre em consideração a presença de comorbidades, raça e idade. A associação de 2 classes já podia ser iniciada na HAS estágio 2 com alvo de redução maior que 20/10mmHg. O betabloqueador poderá ser utilizado quando o perfil for favorável ou em múltiplas associações, porém se Doença arterial coronariana (DAC), o atenolol deve ser

evitado, devido mortalidade significativamente maior quando comparado aos anti-hipertensivos preconizados (SOCIEDADE AMERICANA DE CARDIOLOGIA, 2017).

De acordo com Duncan *et al.* (2013), o uso de medicamentos anti-hipertensivos reduz a incidência de riscos, sendo uma das mais eficazes abordagens terapêuticas existentes para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Os diuréticos são considerados a primeira escolha para o tratamento da hipertensão arterial, já que são tão eficazes quanto outras opções anti-hipertensivas, levando em conta a tolerabilidade e a melhor relação custo/efetividade.

A pressão-alvo da terapia deixa de depender quase que exclusivamente da categoria de risco e passa a ser mais generalizada, ficando em 130x80mmHg mesmo para idosos, diabéticos e nefropatas, por exemplo. E mesmo a nova diretriz aumentando a prevalência de hipertensão arterial para quase metade da população, esses novos pacientes categorizados como hipertensos poderão ser tratados com mudança de estilo de vida em vez de medicamentos (SOCIEDADE AMERICANA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017), enfatiza que um infarto agudo do miocárdio costuma ser a primeira manifestação da doença aterosclerótica em pelo menos metade das pessoas que apresentam esta alteração. Sendo assim de extrema importância a prevenção adequada e o tratamento a partir da definição de metas terapêuticas individuais.

A estimativa do risco de doença aterosclerótica frequentemente resulta em sub ou superestimação dos casos de maior ou menor risco, pois depende da somatória do risco associado a cada um dos fatores de risco mais a potenciação causada por sinergismos, e sendo isso complexo, esta atualização recomenda a utilização do Escore de Risco Global (ERG). Este escore estima o risco de infarto do miocárdio, AVC, ou insuficiência cardíaca, fatais ou não fatais, ou insuficiência vascular periférica em 10 anos, que deve ser utilizado na avaliação inicial, ou mesmo em pacientes em uso de estatinas, e pode ser encontrado pelo aplicativo obtido no site do Departamento de Aterosclerose da SBC para os sistemas Android e IOS.

Levando em consideração a estratificação do risco cardiovascular em pacientes sem tratamento hipolipemiante, o risco muito alto se destina a pessoas que apresentem doença aterosclerótica significativa (coronária, cerebrovascular, vascular periférica) com ou sem eventos clínicos, ou obstrução $\geq 50\%$ em qualquer território arterial. A meta terapêutica é reduzir o LDL-c para < 50 mg/dL e o não HDL-c < 80 mg/dL. Já o alto risco para pacientes com presença de aterosclerose na forma subclínica registrada por ultrassonografia de carótidas com presença de placa; escore de Cálcio Arterial Coronariano (CAC) > 100 ; Índice Tornozelo-Braquial (ITB) $< 0,9$ ou a presença de placas ateroscleróticas na angiotomografia (angio-CT) de coronárias, aneurisma de aorta abdominal, níveis de LDL-c ≥ 190 mg/dL, homens com risco calculado pelo ERG $> 20\%$ e mulheres $> 10\%$ com LDL-c entre 70 e 189mg/dL, doença renal crônica definida por Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 mL/min em fase não dialítica, diabetes melito tipo 1 ou 2 com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL; Doença Aterosclerótica Subclínica (DASC) ou Estratificadores de Risco (ER). E a meta terapêutica é reduzir o LDL-c para < 70 mg/dL e o não HDL-c < 100 mg/dL., sempre que possível dando preferência para o uso de estatinas de alta intensidade (FALUDI *et al.*, 2017).

Já nos pacientes com diabetes, se define Estratificadores de Risco: idade ≥ 54 anos para mulheres e ≥ 48 para homens; diabetes com diagnóstico há > 10 anos; tabagismo (pelo menos um cigarro no último mês); parente de primeiro grau com DCV prematura (< 65 anos para mulher e < 55 para homem); síndrome metabólica, segundo a International Diabetes Federation; hipertensão arterial sistêmica; albuminúria > 30 mg/g de creatinina e/ou retinopatia; TFG < 60 mL/min) (FALUDI, *et al.*, 2017).

O risco intermediário classifica indivíduos com ERG entre 5 e 20% para homens e 5 e 10% no para mulheres ou ainda os diabéticos sem os critérios de DASC ou ER. E o LDL-c deve ser reduzido para < 100 mg/dL e o não HDL-c < 130 mg/dL. E o baixo risco para pacientes masculino ou feminino com ERG $< 5\%$. Onde a meta de LDL-c deve ser < 130 mg/dL e o não HDL-c < 160 mg/dL, mediante elevação dos níveis de HDL-c, evitando medicações (FALUDI *et al.*, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017), a estratificação de risco em pacientes em uso de estatinas deve ser corrigida, multiplicando o CT por

1,43, já que estudos admitem uma redução de 30% do LDL usando estatinas de moderadas doses. E orienta sobre a importância de manter a intensidade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso mesmo que o valor absoluto de LDL-c alcançado seja menor do que a meta atual preconizada pelo ERG.

A prevalência de doença isquêmica cardíaca se relaciona diretamente com o tempo e o número de cigarros fumados por dia, mesmo para quem consome menos de cinco unidades por dia. Os profissionais de saúde devem sempre incentivar a cessação do tabagismo, tendo em vista seus inúmeros benefícios.

Medidas como anamnese detalhada, busca de possíveis complicações, apoio integral ao abandono do tabagismo mediante recursos terapêuticos e terapias em grupo devem ser adotadas. Os tabagistas vivem em média menos cinco anos que os não fumantes. Em 2008 no Brasil, 13% de todos os óbitos foram atribuídos ao tabagismo. E cerca de 1/3 das mortes por câncer se relacionam diretamente com o tabagismo. Tais dados se tornam ainda mais relevantes, necessário a intervenção, quando sabemos que 25% da população mundial é tabagista (ROCHA; MARTINS, 2017).

Ainda no contexto da prevenção das doenças cardiovasculares, devemos capacitar a atenção primária para utilizar a atividade física como método simples e eficiente contra o sedentarismo. As principais instituições científicas sugerem a dose mínima de 75 minutos por semana para exercícios aeróbicos de alta intensidade (induz sudorese e impede a conversação normal) ou caminhar rápido 50 minutos três vezes por semana. Já se determinou que atividades físicas frequentes do cotidiano, como subir escadas, andar curtas distâncias, contribuem para a melhor saúde do indivíduo. Evidências recentes têm mostrado que o tempo gasto na posição sentada durante o dia é um fator de risco para a doença aterosclerótica (ROCHA; MARTINS, 2017).

A mudança no hábito nutricional para a redução de peso, visando a diminuição da hipertensão e dos riscos cardiovasculares, considera o baixo consumo de calorias e a qualidade dos nutrientes, levando em consideração a saciedade, resposta insulínica, lipogênese hepática, adipogênese, gasto energético e microbiota. Devendo manter o índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m², e

circunferência abdominal abaixo de 102 cm, para homens e 90 cm, para mulheres. A principal causa de mortalidade cardiovascular no Brasil se dá pela inadequada alimentação, e a alta prevalência de cardiopatia isquêmica está diretamente relacionada com o baixo consumo de poli-insaturados (associado a diminuição de CT e LDL-c e diminuição de eventos e mortes cardiovasculares) e alto consumo de gordura saturada (Grau de Recomendação: I; Nível de Evidência: A) (FALUDI *et al.*, 2017).

A famosa dieta DASH (abordagem dietética para barrar a hipertensão) reduz em até 14% o desenvolvimento de hipertensão, ela não limita apenas a ingestão de sódio, mas também de colesterol e gordura saturada, os quais contribuem muito para incidência de doenças cardiovasculares. Carnes vermelhas, alimentos industrializados, embutidos, doces, bebidas açucaradas e álcool devem ser evitados ao máximo possível, aumentando o consumo de frutas, verduras, legumes, grãos integrais, peixes, aves, leite e derivados com baixo teor de gordura, e alimentos fontes de gordura monoinsaturada. Além do consumo de fibras numa quantidade de 30 gramas por dia e aumento da ingestão de potássio. A mesma contribui para o emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os ácidos graxos poli-insaturados com atividade cardioprotetora reconhecida são os da série ômega 3 das fontes animais (peixes de águas frias e profundas), mediante redução de marcadores inflamatórios e da agregação plaquetária, melhora da função endotelial, redução da pressão arterial e redução da trigliceridemia, pois diminuem a lipogênese hepática e a lipase lipoproteica (LPL). Nos indivíduos com alto risco em prevenção primária, a ingestão diária de 500 mg de EPA (Eicosapentaenoico) + DHA (Docosahexaenoico) reduz 39% do risco de DCV fatal e 46% do risco de DAC fatal. Os indivíduos normolipidêmicos e levemente hiperlipidêmicos em consumo de > 4 g ao dia de EPA e DHA, terão redução entre 9 a 26% da trigliceridemia, e nos limítrofes, consumir 1 a 5 g de EPA e/ou DHA pode reduzir entre 4 a 51%. Podendo também em todos os casos aumentar a concentração plasmática de HDL-c (1 a 3%) (FALUDI *et al.*, 2017).

A quantidade máxima para o consumo de sal de cozinha é de 5 g/dia. Somando aos 2 g de sal já existentes nos demais alimentos, recomenda-se o consumo de, no

máximo, 3 colheres de café rasas (3g), totalizando 5g/dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Devido a elevação da Pressão Arterial decorrente ao consumo de álcool, devemos não incentivar seu consumo, e quando não possível, devido a cultura brasileira, orientar a população a não ultrapassar 2 latas (350ml) ou 1 garrafa (650 ml) de cerveja; 2 taças (150ml) de vinho; 2 doses (50 m) de uísque, vodca ou bebida destilada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O estresse emocional também tem seu papel no desencadeamento e manutenção da HAS e pode atrapalhar a adesão ao tratamento e mudança de hábitos, devendo ser controlado e quando necessário medicado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A educação em saúde e o autocuidado desenvolvido em grupo são de extrema importância para o controle da hipertensão e redução de agravos (SILVA; COSTA; FERMINO, 2008).

Com isso cabe aos profissionais da Estratégia Saúde da Família elaborar estratégias multidisciplinares de controle da hipertensão arterial, seja na definição do diagnóstico e conduta, seja no trabalho para informação e educação do paciente hipertenso para fazê-lo seguir o tratamento da melhor e mais adequada maneira possível. Sabe-se que a motivação contínua do paciente hipertenso é primordial para a manutenção do tratamento adequado, e que tem sido uma das tarefas mais complicadas delegadas aos profissionais de saúde, especialmente os da ESF, tais estratégias visam que o paciente mantenha perseverança, motivação e educação continuada em saúde, objetivando a redução dos impactos da HAS na comunidade (BRASIL, 2006).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano Estratégico Situacional (PES),

[...] focaliza problemas de uma realidade, sobre a qual se pretende agir, cuja delimitação considera a perspectiva dos atores que os vivenciam e reconhece que há modos diversos de perceber e explicar a realidade [...]. A resolução dos problemas depende da disponibilidade e do acesso a recursos, mas também da viabilidade política, ou seja, de quanto os atores reconhecem a necessidade de mudanças e de quanto eles estão abertos e se comprometem em sua efetivação (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011, p. 233).

Assim, com essa fundamentação, propomos o plano de intervenção.

6.1 Descrição do problema priorizado

A Hipertensão Arterial passou ser qualquer PAS \geq 130mmHg, ou PAD \geq 80mmHg. Sendo hoje o mais prevalente e importante fator modificável para o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares a nível mundial e conseqüentemente na ESF Campina Verde.

6.2 Explicação do problema priorizado

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a Hipertensão Arterial pode ser a causa única de morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

Devido apresentar vários fatores agravantes passíveis de modificação, o paciente deve se adequar a modificações de estilo de vida, e principalmente os profissionais de saúde devem oferecer todo suporte para essa mudança de estilo de vida, mediante educação permanente em saúde e projetos terapêuticos. Busca-se desse modo, fazer diagnósticos cada vez mais precoces e reduzir ao máximo as complicações cardiovasculares e renais na população da ESF Campina Verde.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

Hábito e estilo de vida inadequado dos pacientes, na sua grande maioria composto por sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, estresse psicossocial, alimentação hipercalórica e pouco nutritiva, com elevado teor de sódio, açúcar e gorduras vegetais.

Comunidade com baixíssimo grau de informação em saúde e autocuidado.

6.4 Desenho das operações

Após identificar e explicar as principais causas da HAS é necessário elaborar um plano de ação, descrevendo as operações para o enfrentamento dos “nós críticos”, identificando os problemas, resultados e os recursos para concretizar cada operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os quadros abaixo apresentam os problemas e os desenhos das operações para o enfrentamento de cada “nó crítico” do descontrole da HAS dos usuários da ESF Campina Verde.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema de Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Campina Verde - 49, do município de Contagem - Minas Gerais.

Nó crítico 1	Tabagismo e alcoolismo.
Operação (operações)	Organizar grupo de tabagismo e alcoolismo.
Projeto	Vencendo o vício.

Resultados esperados	Cessação do tabagismo e alcoolismo, melhorando assim e controle pressórico e prevenindo eventos cardiovasculares nos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Grupo terapêutico com suporte multiprofissional e medicamentoso.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo terapêutico. Cognitivo: Aplica�o de medicina baseada em evidências no projeto terapêutico.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão da equipe de saúde Campina Verde.
Controle dos recursos críticos	Médica da Estratégia Saúde da Família - Campina Verde, onde a motiva�o � favorável.
A�o esstrat�gicas	Organiza�o de agenda da equipe para encontros mensais do grupo de tabagismo e alcoolismo.
Prazo	Um mês para apresenta�o da proposta.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das a�o	Médica da UBS
Processo de monitoramento e avalia�o das a�o	O monitoramento de evolu�o do projeto e avalia�o de benefícios se dará pela equipe de saúde Campina Verde mediante reunião mensal na Unidade, onde se necessário, altera�o e/ou complementa�o será implementado no prazo de dois meses.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2 – Opera o sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema de Hipertensão Arterial, na popula o sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Campina Verde - 49, do município de Contagem - Minas Gerais.

N� crítico 2	Nível de informa�o em saúde insuficiente.
Opera�o (opera�o)	Organizar grupo de educa�o em saúde.
Projeto	Saúde com consciência.
Resultados esperados	Popula�o mais informada sobre os riscos cardiovasculares e fatores agravantes passíveis de modifica�o.
Produtos esperados	Reunião mensais com pacientes na UBS para

	desenvolver educação e autocuidado em saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo: Aplicação de orientações científica baseada em evidências, pela equipe Campina Verde aos pacientes do projeto operativo.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão da equipe de saúde Campina Verde.
Controle dos recursos críticos	Médica da Estratégia Saúde da Família - Campina Verde, onde a motivação é favorável.
Ações estratégicas	Organização de agenda da equipe para encontros mensais do grupo de educação e autocuidado em saúde.
Prazo	Um mês para apresentação da proposta.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento de evolução do projeto e avaliação de benefícios se dará pela equipe de saúde Campina Verde mediante reunião mensal na Unidade, onde se necessário, alterações e/ou complementações será implementado no prazo de dois meses.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema de Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Campina Verde - 49, do município de Contagem -Minas Gerais.

Nó crítico 3	Sedentarismo, obesidade e erro alimentar.
Operação (operações)	Organizar grupo de orientações nutricionais e caminhada.
Projeto	Xô sedentarismo.
Resultados esperados	Alimentação adequada, redução da obesidade e sedentarismo.
Produtos esperados	Grupo Terapêutico mensal com direito a caminhada.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo e organizar a caminhada. Cognitivo: Aplicação de orientações nutricionais pela

	equipe Campina Verde aos pacientes do projeto operativo.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão da equipe de saúde Campina Verde.
Controle dos recursos críticos	Médica da Estratégia Saúde da Família - Campina Verde, onde a motivação é favorável.
Ações estratégicas	Organização de agenda da equipe para encontros mensais do grupo de orientações nutricionais e caminhada.
Prazo	Um mês para apresentação da proposta.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento de evolução do projeto e avaliação de benefícios se dará pela equipe de saúde Campina Verde mediante reunião mensal na Unidade, onde se necessário, alterações e/ou complementações será implementado no prazo de dois meses.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema de Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Campina Verde - 49, do município de Contagem - Minas Gerais.

Nó crítico 4	Estresse: ansiedade e depressão.
Operação (operações)	Organizar grupo de orientações psicológicas e psiquiátricas.
Projeto	Paz na alma.
Resultados esperados	Estabilidade emocional e aceitação pessoal.
Produtos esperados	Grupo terapêutico com suporte multiprofissional e medicamentoso.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo: Aplicação de orientações psicológicas pela equipe Campina Verde aos pacientes do projeto operativo.
Recursos críticos	Estrutural: Adesão da equipe de saúde Campina

	Verde.
Controle dos recursos críticos	Médica da Estratégia Saúde da Família - Campina Verde, onde a motivação é favorável.
Ações estratégicas	Organização de agenda da equipe para encontros mensais do grupo de orientações psicológicas e psiquiátricas. E quando necessário, agendar paciente para consulta médica individual.
Prazo	Um mês para apresentação da proposta.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento de evolução do projeto e avaliação de benefícios se dará pela equipe de saúde Campina Verde mediante reunião mensal na Unidade, onde se necessário, alterações e/ou complementações será implementado no prazo de dois meses.

Fonte: Elaborado pela autora

As operações propostas acima, referentes aos quatro nós críticos do descontrole da HAS, dos usuários da ESF Campina Verde, têm como objetivo contribuir para uma população mais informada sobre os riscos cardiovasculares e fatores agravantes passíveis de modificações; fomentar uma alimentação adequada, redução da obesidade, sedentarismo, estabilidade emocional e aceitação pessoal. Busca, ainda, contribuir para um controle adequado da Hipertensão Arterial, evitando assim seus agravos. A adesão da equipe de saúde Campina Verde vem sendo realizada mediante organização de agenda para encontros mensais dos grupos terapêuticos e caminhada, contribuindo em todos os processos operativos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica é vista hoje como uma epidemia mundial, e um dos mais prevalentes problemas de saúde pública, afetando quase metade da população, pois a nova Diretriz Americana de Hipertensão passou a classificar como elevada, quando a Pressão Arterial Sistólica estiver entre 120-129mmHg e a Pressão Arterial Diastólica entre 80-89mmHg. E é uma das principais causas de complicações cardiovascular como Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e Doença Renal Crônica, culminando em altas taxas de mortalidade e internações. Levando a pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal

A revisão da literatura embasa que modificações do estilo de vida tem impacto favorável na prevenção, redução e controle hipertensivo, mediante alimentação saudável, cessação do tabagismo e alcoolismo, redução do peso e sedentarismo, educação em saúde e controle do estresse psicossocial.

Ainda no contexto da prevenção das doenças cardiovasculares, devemos capacitar a atenção primária para utilizar a atividade física como método simples e eficiente contra o sedentarismo.

O Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências, com real possibilidade de serem resolutivas.

Pretende-se com esta proposta de intervenção, a redução de morbidade e mortalidade dos pacientes da Estratégia Saúde da Família Campina Verde, reduzindo os fatores de riscos modificáveis da hipertensão, permitindo assim seu

adequado controle, mediante capacitação da equipe de saúde quanto ao melhor conhecimento da doença e seus fatores agravantes, e o envolvimento dos pacientes nos projetos de mudança de estilo de vida, educação e autocuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica n.º 15) Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf. Acesso em: outubro de 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P., SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 25 de dezembro 2017.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. **Guia de Serviços. 2016**. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/?se=guiaservicos>. Acesso em: 18 de novembro de 2017.

DUNCAN *et al.* **Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre, Artmed, 2013.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. **Estimativa populacional do Ressaca ano 2016**. (Distrito Ressaca, 2016).

FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro. Volume 109, Nº 1, agosto 2017. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA_S.pdf.

HUERTAS, F. **O método PES: entrevista com Matus**. São Paulo: Editora FUNDAP, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/contagem/panorama>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto e Contexto Enferm.** v. 20, n. 1, p. 184-93, 2011.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

MATUS, C. **El PES en la Práctica**. Caracas: Fundación ALTADIR, 1994.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. **Manual de prevenção cardiovascular**. Rio de Janeiro: Sociedade de Cardiologia, 2017. Disponível em: <https://socerj.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/Manual de Prevencao Cardiovascular SOCERJ.pdf>. Acesso em: 05 de novembro de 2017.

ROTHER, E.T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 2, 2007 (Editorial).

SILVA, R. S.; COSTA, P. P.; FERMINO, J. S. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. **Trab educ Saúde.** V. 6, n. 3, p. 633- 44, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 de setembro de 2017.

SOCIEDADE AMERICANA DE CARDIOLOGIA. **Hypertension Clinical Guidelines**, 2017. Disponível em: http://professional.heart.org/professional/ScienceNews/UCM_496965_2017-Hypertension-Clinical-Guidelines.jsp. Acesso em: 29 de outubro de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf>. Acesso em: 05 de novembro de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretriz brasileira de hipertensão arterial**. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05 HIPERTENSAO ARTERIAL.pdf>

Acesso em: 24 set. 2017.