

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

PEDRO BALLAGAS ENRIQUEZ

PROCESSO DE TRABALHO E PLANO DE ATENÇÃO EM
HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA A POPULAÇÃO ADSCRITA À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA PAMPULHA II,
MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

PEDRO BALLAGAS ENRÍQUEZ

**PROCESSO DE TRABALHO E PLANO DE ATENÇÃO EM
HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA A POPULAÇÃO ADSCRITA À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA PAMPULHA II,
MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

PEDRO BALLAGAS ENRÍQUEZ

**PROCESSO DE TRABALHO E PLANO DE ATENÇÃO EM
HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA A POPULAÇÃO ADSCRITA À
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA PAMPULHA II,
MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor Edison José Corrêa, UFMG

Examinador 2: Professora –Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2018.

DEDICATÓRIA

A minha mãe, por seu exemplo e ensinamentos para tentar sempre ajudar aqueles mais necessitados, sem diferenças.

A minha esposa, por seu apoio.

A meus filhos e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço

Ao povo de Brasil

Em especial, à comunidade de Novo Pampulha II, à equipe de saúde, por permitir-me trabalhar juntos e, com meus modestos esforços, contribuir a melhorar o estado de saúde da comunidade.

Muito obrigado.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde classifica as condições de saúde em agudas ou crônicas, sendo as doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, consideradas condições crônicas de saúde, para as quais têm sido propostos modelos específicos de abordagem, necessitando reestruturação do processo de atenção à saúde, adequado a suas necessidades. Este trabalho tem como objetivo propor plano de intervenção para os profissionais e a população adscrita à Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, para melhor processo de trabalho e um plano de atenção à saúde, em hipertensão arterial para assim atuar sobre os principais fatores de risco como sobre peso e obesidade, sedentarismo, dislipidemia e hábitos tóxicos. Na revisão bibliográfica foram conceitualizados cada um deles. Para este projeto foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional, com Estimativa Rápida, incluindo reunião com a equipe de Saúde da Família, revisão de documentos, informação obtida de informantes-chaves por meio de entrevistas e observações feitas pela equipe de saúde. O trabalho apresenta proposta de operações sobre quatro nos críticos (Hábitos e estilos de vida inadequados, Falta de informação da população sobre a doença hipertensiva e suas complicações, Má estruturação dos serviços de saúde e Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado), relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe”. Espera-se reduzir os fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis, reduzindo assim a mortalidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Fatores de risco. Hipertensão. Programação

ABSTRACT

The World Health Organization classifies the health conditions in acute or chronic, being chronic-degenerative diseases, such as systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, considered chronic health conditions, for which specific models of approach have been proposed, necessitating a restructuring of the health care process, adequate to their needs. This study aims to propose an intervention plan for professionals and the population assigned to the Health Team of the Nova Pampulha II Family, Ribeirão das Neves, Minas Gerais, to better work process and a health care plan, in hypertension to thus act on the main risk factors as on weight and obesity, sedentarism, dyslipidemia and toxic habits in the bibliographic review were conceptualized each one of them. For this Project the Situational Strategic Planning method is used, with Rapid Estimation, including meeting with the Family Health team, review of documents, information obtained from key informants through interviews and observations made by the health team. The work presents a proposal of operations on four of the critics (inadequate habits and lifestyles, lack of information about the hypertensive disease and its complications, maladjustment of health services and inadequate health team work processes), related to the problem "high number of patients with systemic arterial hypertension, necessitating a restructuring of the team work process". It is expected to reduce non-transmissible chronic disease risk factors, thus reducing mortality.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Programming.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CID-10	Classificação Internacional de Doença, Decima Versão
CT	Colesterol Total
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de saúde da família
FR	Fator de Risco
FRCV	Fator de Risco Cardio Vascular
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-C	Lipoproteínas de Alta Densidade
HED	Heavy Episodic Drinking
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LDL-C	Lipoproteínas de Baixa Densidade
LOAs	Lesões de Órgãos Alvos

NASF- AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PH	Pré-hipertensão
PMMB	Programa Mais Médicos para Brasil
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TG	Triglicerídeos
UBR	Unidade Básica de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Pampulha II, no município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	18
Quadro 2 - Planilha de programação para grupos de risco - hipertensos.	32
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe.”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	35
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe.”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	36
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe.”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	37
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevada influência dos fatores de risco cardiovascular na morbidade e mortalidade da população”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.	12
1.2 O sistema municipal de saúde.	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, seu território e sua população.	14
1.4 O funcionamento da Unidade de Saúde Nova Pampulha II	16
1.5 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II	17
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.7 Priorização dos problemas (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivos gerais	22
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	23
5.2 Organização da atenção à saúde do hipertenso	23
5.3 Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde	24
5.4 Fatores de risco em hipertensão arterial	26
5.5 Conceitos: hipertensão arterial sistêmica, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, dislipidemias, tabagismo, alcoolismo.	27
5.6 Planejamento e programação para a atenção ao hipertenso	30
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	33
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) foi criado para levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência dos profissionais e para fornecer melhorias na qualidade e humanização dos atendimentos, criando vínculos com pacientes e comunidade.

Integrados à Estratégia Saúde da Família, ambos, o autor desse trabalho e o autor de trabalho semelhante (LOPEZ, 2018), trabalhamos no município de Ribeirão das Neves, do estado Minas Gerais (MG) em duas comunidades vizinhas e com iguais características étnicas, religiosas, políticas, econômicas e sociais, pelo que apresentamos essa primeira parte de informações, a seguir, sobre o município, em texto elaborado em conjunto (itens 1.1 e 1.2).

1.1 Breves informações sobre o município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

O município de Ribeirão das Neves, um dos maiores da Região Metropolitana de Belo Horizonte (BH), é conhecido como cidade dormitório, pelo fato de que muitos de seus moradores trabalham na capital e residem em Neves (BRASIL, 2018a).

São vizinhos dos municípios de São José da Lapa, Belo Horizonte e Esmeraldas; estende-se por 154,5 km². Os habitantes se chamam nevenses e consta uma população estimada de 328.871 no ano 2017 (BRASIL, 2018).

A densidade demográfica é de 1905,07 habitantes por km². Está subdividido em três regiões: a sede, no Centro, o distrito de Justinópolis e a região de Veneza (BRASIL, 2018).

Segundo os dados de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o principal setor econômico é o de serviços. Cerca de 9% da população economicamente ativa têm emprego fixo, o que mostra o alto nível de desemprego, aumentando, assim, o índice de pobreza. Nesse índice, na comparação com outros municípios do estado, ocupava na posição 137 de 853 e, comparado com outros municípios do país, encontra-se no lugar 1987 de 5570. Como 34,5 % população tem renda per capita de meio salário mínimo,

nesse índice sua posição é de 3675 em 5570 cidades do Brasil (BRASIL, 2018).

A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96,5, em 2010. Isso posicionava o município em 670 das 853 cidades do estado e na posição 4193 de 5570 cidades do Brasil. Em relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), os alunos do ensino fundamental pontuaram em 5,7 (anos iniciais). O IDEB do estado de Minas Gerais foi de 6,1 em 2015 (BRASIL, 2018).

Na saúde a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,31 para 1.000 nascidos vivos, valor que está muito longe dos atingidos pelos países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, entre outros. Comparado a cidades do Brasil, essa taxa é de 3173/5570 no Brasil, 430/853 no estado de Minas Gerais e de 10/24 na Região Metropolitana de Belo Horizonte (BRASIL, 2018).

1.2 O sistema municipal de saúde

A operação do sistema é baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade e participação popular. Tem como objetivos alcançar um nível ótimo de saúde de forma equitativa e garantir a prestação dos serviços de saúde com eficiência, bem como oferecer uma proteção adequada aos riscos para todos os cidadãos e um acolhimento de forma humanizada para todos os usuários. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal conta de 55 equipes de Saúde da Família, equivalendo a uma cobertura de 61% (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2018).

Nelas se integra a Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, vinculada à Unidade Básica de Saúde Jardim de Alá. Essa equipe tem uma população adscrita de 4400 pessoas. O município tem duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o hospital público São Judas Tadeu, onde são feitos os cuidados de urgência e emergência do município, contando com serviços de ortopedia, maternidade, pediatria e cirurgia geral.

Há cinco Unidades Básicas de Referência (UBR) as quais têm serviços especializados de pediatria, odontologia e ginecologia. Há também o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), que atende os casos de gestantes de alto risco, mastologia, urologia, exames de ultrassonografia, mamografias, terapia ocupacional, pediatria e ginecologia. Quando não há suporte necessário, os pacientes são transferidos, via central de leitos, para hospitais de alta complexidade em Belo Horizonte.

A saúde no município de Ribeirão das Neves é defasada, pois faltam recursos financeiros, insumos, condições de trabalho, embora disponha de legislação atualizada, como a Lei nº 3613/2014 (sobre a Estratégia Saúde da Família) e o Decreto 85/2017 (sobre a estrutura organizacional) (LOPEZ, 2018).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, seu território e sua população.

A Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II foi inaugurada há 15 anos e está situada à rua Amaralina, número 11, Bairro Granjas Primavera. Pertence à região de Justinópolis, município de Ribeirão das Neves. O local é uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, não está bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando a demanda e a população atendida (4400 pessoas cadastradas).

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de picos de atendimento, cria-se tumulto na Unidade. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente têm que aguardar o atendimento em pé.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão do clube do senhor B.A, que fica ao lado do centro de saúde.

A unidade atualmente está bem equipada, mas ainda tem dificuldade com instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias, existe falta de medicamentos e não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Atualmente passou a contar com mesa ginecológica, glicômetro, nebulizador.

A Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II atende a uma comunidade de 4400 habitantes cadastrados, com um número de, mais ou menos, 500

habitantes não cadastrados que também são atendidos. Um percentual importante da população vive em condições precárias de moradia. Há muitos desempregados e subempregados, muitos beneficiados pelo Programa Bolsa de Família, aposentados e muitos sem nenhuma renda. A estrutura de saneamento básico deixa a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo.

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar de maiores de 14 anos. A comunidade tem duas escolas públicas, uma creche que não têm vagas para todas as crianças, com fila de espera.

Não tem asilo, Organizações não Governamentais (ONG) e nem igrejas que ajudem a população. Não conta com Associação de Vizinhos.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) Nova Pampulha II é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

- N. L., 58 anos, solteira com dois filhos, agente comunitário que trabalha no posto há 14 anos e atende à microárea 4. Antes, morava no interior. Estudou até o ensino médio.
- U.A., de A., 30 anos, solteiro, sem filhos, que trabalha na unidade há quatro anos, responsável pela microárea 2, com 170 famílias cadastradas. A microárea 3 está descoberta.
- M. A., 30 anos, casada, com dois filhos, agente comunitária de saúde da microárea um, que tem 168 famílias. Trabalhou anteriormente em uma loja de roupas. É muito comunicativa e organizada em seu trabalho.
- A. A. N., 32 anos, há três anos trabalha na UBS. Casada, com um filho, tem cadastradas 170 família da microárea 6. Antes de trabalhar no posto não teve outra experiência de trabalho.
- Microárea cinco, descoberta.
- P. B., 51anos, casado, médico, que participa do Programa Mais Médico para o Brasil.
- M. V. da S., 37 anos, enfermeira, solteira. Trabalha em Saúde da Família há um ano. Formada há 10 anos, trabalhou como enfermeira intensivista durante oito anos.

- C. N., 40 anos, trabalha na recepção, em desvio de funções. Casada, com dois filhos, faz seu trabalho de forma ótima.
- S.R., 48 anos de idade, trabalha na unidade há três anos, como técnica de farmácia. Casada, com três filhos, tem bom domínio de seu trabalho.

A região ainda não conta com serviços de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – recentemente renomeado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017). Só temos os serviços dos profissionais de apoio (fisioterapia, psicologia e psiquiatria), com um sistema de matriciamento em que é feita uma reunião todos os meses e são discutidos os casos para definir acompanhamento de acordo com necessidades.

A unidade tem serviços de farmácia que funciona de 8 às 17 horas. A medicação é dispensada mediante carteira de identidade, original e xerox da receita. No momento estão em falta alguns dos medicamentos dificultando tratamento para pacientes que, em sua maioria, são de baixa renda. A farmácia também não conta com medicamentos controlados nem de uso inalatório fazendo que os pacientes desloquem longas distâncias dificultando assim o acesso para esses tratamentos. A Unidade conta com recursos mínimos (uma geladeira, três armários, um suporte de soro, uma maca e uma bala de oxigênio). As condições do local não são as melhores, como a luminosidade, que é precária.

É prestado o serviço de aferição de pressão, glicemia, aplicação de injetáveis e acolhimento de pacientes.

Há dificuldades na interrelação dos níveis de atenção (primária, secundária e terciária), pois não se tem uma comunicação certa sobre o acompanhamento dos pacientes com a equipe de saúde. Existe dificuldades também com as vagas para especialidades e exames de alta tecnologia, que além de ter poucas vagas são muito demorados pelo quais os usuários ficam insatisfeitos. Na grande maioria das vezes não se tem a contrarreferência.

A unidade conta com o serviço de laboratório localizado na Unidade de Saúde Nova Pampulha I, que fica perto de sua área de abrangência. Disponibilizam 13

vagas semanais; sendo que as vagas para as gestantes são livres. São efetuados exames de sangue, urina e fezes. Para outros, como teste de tolerância a glicose, a coleta é feita no laboratório que fica em Justinópolis.

Como visto, o eSF está com duas micro áreas desprotegidas, o que faz mais complicado o adequado acompanhamento dessas famílias.

A eSF tem muita clareza na importância no trabalho com os grupos, nas atividades de prevenção e promoção de saúde, fazendo uma avaliação integral dos indivíduos, tendo em conta os aspectos sociais, étnicos, econômicos, culturais e psicológicos os quais influem na ocorrência de problemas de saúde.

1.4 O funcionamento da Unidade de Saúde Nova Pampulha II

A unidade trabalha de segunda a sexta-feira, no horário de oito às 17 horas. A Equipe de Saúde busca sempre aplicar da melhor maneira as tecnologias de abordagem ao indivíduo, família e comunidade, que contribuam na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção, realizando um acolhimento humanizado. São realizadas em qualquer horário, consultas médicas ou de enfermagem não programada. De acordo com a prioridade do problema apresentado, trabalha-se com grupos operativos (hipertensos, diabéticos, gestantes, lactantes, doenças crônicas, tabagismo e outros), os quais são realizados todas as sextas-feiras pela manhã. As visitas domiciliárias são realizadas pela equipe toda, o que facilita que os profissionais conheçam não só os problemas de saúde, mas também as condições de vida da população (familiares, sociais, econômicos e culturais).

1.5 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II

A Equipe de Saúde Nova Pampulha II tem seu tempo bem distribuído, com uma agenda bem organizada, de segunda a sexta-feira, feita pela enfermeira. O atendimento tem em conta as prioridades e os casos que não são resolvidos por ela são encaminhados para o médico. As segundas-feiras são feitas as consultas de puericultura, às quartas-feiras são feitas as consultas de pré-natal, às terças-feiras os preventivos para o rastreamento de câncer de colo de útero

e mama, na sexta-feira pela manhã, uma vez por mês, é realizada a consulta de matriciamento de psiquiatria e psicologia.

Duas vezes por semana se realizam trabalhos de promoção e prevenção de saúde dirigida aos grupos de dor crônica, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e idosos, o que conta com a ajuda de profissionais de apoio, como a fisioterapeuta, hoje mais aceita pelos pacientes. A equipe está sempre tentando com que os pacientes tenham um melhor cuidado.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).

Foram constatados os seguintes problemas comuns de saúde:

- Número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de atenção à saúde.
- Alta incidência de doenças respiratórias crônicas asma bronquial e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
- Índice de parasitismo intestinal elevado
- Alto índice de desemprego e baixo nível econômico da população.
- Falta de escolas e creches.

1.7 Priorização dos problemas (segundo passo).

Após uma roda de conversa em que participaram todos os integrantes da equipe foram abordados os principais problemas apresentados na área de abrangência. Foi feita uma seleção buscando definir um problema prioritário, que de alguma maneira pudesse ser resolvido, lembrando que o equipe não pode dar solução a todos os problemas, por necessitar de muitos recursos (políticos, econômicos e estruturais).

O grupo aplicou os critérios de:

- Importância do problema: de acordo com um valor (alto, médio ou baixo).
- Urgência (foram distribuídos 30 pontos de acordo com sua urgência em resolver).

- Capacidade de enfrentamento (definindo-se se a solução está DENTRO, FORA ou PARCIAL na capacidade de enfrentamento da equipe).

Com esses critérios foi estabelecida a prioridade e selecionado o problema principal que deveria ser enfrentado primeiramente (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Nova Pampulha II, no município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de atenção à saúde	ALTA	8	PARCIAL	1
Alta incidência de doenças respiratórias crônicas	ALTA	6	PARCIAL	2
Índice de parasitismo intestinal elevado	ALTA	6	PARCIAL	3
Alto índice de desemprego e baixo nível econômico da população	ALTA	5	FORA	4
Falta de escolas e creches	ALTA	5	FORA	5

Fonte: Autor e Equipe de Saúde da Família, de acordo com CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010)

*Alta, média ou baixa.

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

***Total parcial ou fora.

****Ordenar considerando os três itens.

Assim, o problema prioritário seria o número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de atenção à saúde, adequado a suas necessidades. O problema prioritário será então definido como “a necessidade de propor processo de trabalho e plano de atenção em hipertensão arterial para a população adscrita à Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais”.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo e da proposta de intervenção tem como justificativa a necessidade que os pacientes com hipertensão arterial sistêmica recebam dos serviços de saúde adequado processo de atenção, a partir de trabalho da equipe de saúde de acordo com os atributos de qualidade definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Essa proposta refere-se à população adscrita à Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

A proposta apresentada deve buscar estabelecer um processo de atenção, acompanhamento e programação adequado, para reduzir sequelas e diminuir óbitos por essa doença crônica, problema de saúde no mundo e dessa comunidade. Tem-se diagnosticado neste tipo de pacientes inúmeras complicações próprias do mau controle, principalmente complicações cardiovasculares (hipercolesterolemia, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, etc) e cerebrovasculares, dentre outras. A equipe, ao participar da análise dos problemas levantados, considerou que no nível local tem recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção. Portanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor plano de intervenção para os profissionais e a população adscrita à Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, para melhor processo de trabalho e um plano de atenção à saúde, em hipertensão arterial.

3.2 Objetivos específicos

Estimular atividades de promoção e prevenção de saúde para mudança de hábitos e estilos de vida mais saudáveis (bons hábitos alimentares, prática de atividades físicas e controle da hipertensão arterial sistêmica).

Propor ações de informação da população sobre a doença hipertensiva e suas complicações

Propor melhor estruturação dos serviços de saúde.

Propor ações para um protocolo de atendimento para hipertensos em demanda programada e um processo de trabalho da equipe de saúde adequado às ações a serem desempenhadas.

4 METODOLOGIA

Para este projeto é utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional, com Estimativa Rápida, incluindo reunião com a equipe de Saúde da Família, revisão de documentos, informação obtida de informantes-chaves por meio de entrevistas e observações feitas pela equipe de saúde.

Para base conceitual, apresenta-se uma revisão de literatura, com os seguintes descritores em ciências da saúde: estratégia saúde da família, atenção primária à saúde, fatores de risco, hipertensão, programação (BRASIL, 2018a).

Para a redação do texto, foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações de (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial de Saúde classifica as condições de saúde em agudas ou crônicas, sendo as doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, consideradas condições crônicas de saúde, para as quais têm sido propostos modelos específicos de abordagem (MINAS GERAIS, 2013).

Considerando o problema prioritário de saúde do território, da comunidade e da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, serão apresentados aspectos conceituais, na visão de autores e instituições consultadas, que possam balizar o problema da hipertensão arterial e ações de intervenção a serem propostas. Assim, serão abordados:

1. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família
2. Organização da atenção à saúde do hipertenso
3. Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde
4. Fatores de risco em hipertensão arterial
5. Conceitos: hipertensão arterial sistêmica, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, dislipidemias, tabagismo, alcoolismo.
6. Planejamento e programação para atenção ao hipertenso

5.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família.

O modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) é desenvolvido, no Brasil, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo baseado na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes multiprofissionais à população de um determinado território; possui ampla capilaridade; é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014, apud. FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016, p. 64-80).

Recentemente atualizada, a Política Nacional de Atenção Básica, que pode ser consultada – portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica – para a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2017).

5.2 Organização da atenção à saúde do hipertenso

A implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem o objetivo de promover mudanças na atenção à saúde em uma série de dimensões. A seguir, serão elencadas algumas delas, que são críticas e estão mais ligadas às modificações necessárias no processo de trabalho das equipes, que devem acontecer em todos os pontos de cuidado, desde a ABS, até a urgência e cuidado hospitalar e domiciliar. A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção (BRASIL, 2013).

A equipe de atenção básica deve

[...] organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. Entende-se por cuidado continuado/ programado aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário. São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental (BRASIL, 2013, p.19).

Atenção programada refere-se a um programa específico que define diretrizes essenciais para o cuidado continuado daquele paciente, por exemplo, o programa da criança com asma, programa de pré-natal, atenção ao hipertenso, entre outros, mas que deve sempre ser singularizado para cada indivíduo (BRASIL, 2013).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016) propõe que é importante a avaliação clínica e complementar por história clínica e objetiva. Atingir essas metas fornecendo as variáveis clínicas e laboratoriais facilita chegar ao diagnóstico correto da hipertensão arterial (HA) e seu prognóstico, possibilitando a escolha da melhor conduta preventiva e terapêutica para o paciente e para isto deve-se obter uma história clínica completa bem enriquecida com perguntas sobre o tempo de diagnóstico, evolução e tratamento já utilizado.

5.3 Educação Permanente em Saúde e Educação em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) refere-se aos processos de educação da equipe de saúde vinculados aos processos de trabalho e de atenção à saúde. Assim,

[...] É uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema. A PNEPS é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2009, online).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços

básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009, online).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT *et al.*, 2011, apud Brasil (2013).

Em relação à educação em saúde o termo é utilizado para os processos pedagógicos desenvolvidos com a população, ao qual se aplicam as colocações de Vasconcelos; Grillo; Soares (2009, p. 20).

Aspectos que interferem na prática educativa

O adulto já tem um “alicerce” tem conhecimentos construídos a partir de suas experiências e condições de vida: socioeconômica e cultural;

- mudança de comportamento é processo e, portanto, o resultado pode ocorrer em longo prazo;
- falta de experiência e de conhecimento sobre técnicas de negociação por parte do profissional;
- relações de poder entre profissional-usuário: arrogância x humildade; saber-poder-intimidação;
- relações de poder na família – é preciso identificar quem tem o “poder” de decisão na família;
- diferença de linguagem, cultura e valores dos usuários e dos profissionais;
- dificuldade de reconhecer qual é a real necessidade do usuário;
- falta de confiança do usuário no profissional;
- dificuldade de analisar a situação para definir a melhor estratégia;
- dificuldade do profissional para respeitar a autonomia do outro, entender e saber trabalhar as diferenças.

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Ele está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (BRASIL, 2013, p. 7).

5.4 Fatores de risco em hipertensão arterial

Um fator de risco é um...

[...] aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição de saúde considerada importante de se prevenir (BRASIL, 2017).

Os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis por 45,9% da carga mundial de doenças, são hipertensão arterial, tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, sobrepeso e obesidade, consumo inadequado de frutas e hortaliças, o que de fato produz alterações na qualidade de vida das pessoas, de forma silenciosa, pelo qual é muito importante fazer ações em sua prevenção e assim diminuir os custos que as doenças crônicas produzem, além da ocorrência de morte na população de risco. No âmbito municipal, a gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação do processo de trabalho das equipes com a reorientação de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população (FERREIRA, 2012, p.64).

Em relação à hipertensão arterial sistêmica, no Brasil, pesquisas vêm indicando maior prevalência de indivíduos obesos ou em sobrepeso, em comunidades pobres, revela uma complexa relação entre a obesidade e a pobreza (BRASIL, 2016). A eficácia das abordagens disponíveis como o controle dietético saudável, a prática regular de atividade física e a terapia farmacológica na HAS está bem estabelecida (GAY *et al.*, 2016).

5.5 Conceitos: hipertensão arterial sistêmica, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, dislipidemias, tabagismo, alcoolismo.

Hipertensão arterial sistêmica

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. [...] Pré-hipertensão (PH) é uma condição caracterizada por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg. [...] Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes

mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como 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 (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.1 e 3).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, na 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS *et al.*, 2016), hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos, com pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg. Uma condição caracterizada por PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg é denominada pré-hipertensão (PH).

A HAS frequentemente se associa a distúrbios metabólicos e a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. É agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitu (DM). A HAS mantém associação independente com 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 (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No entanto, as taxas de controle (cobertura) dos níveis pressóricos da população ainda estão muito abaixo do desejado, atingindo valores em torno de 20% das pessoas, evidenciando que a eficácia do método de controle não se traduz em efetividade, a qual resulta da interação do tratamento com o ambiente em que ele está sendo aplicada – relação com o sistema de saúde, com fatores ambientais e culturais, etc. (MALACHIAS *et al.*, 2016)

Sobrepeso e obesidade

A **obesidade** é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no indivíduo. Para o diagnóstico em adultos, o parâmetro utilizado mais comumente é o do **Índice de Massa Corporal (IMC)** o qual é calculado dividindo-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. É o padrão utilizado pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE), que identifica o peso normal quando o resultado do cálculo do IMC está entre 18,5 e 24,9. Para ser considerado obeso, o IMC deve estar acima de 30. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2018, p.1).

A interpretação do IMC oferece a seguinte classificação:

- IMC menor que 18,5 – Magreza, Obesidade grau 0
- IMC entre 18,5 e 24,9 – Normal, obesidade grau 0
- IMC entre 25,0 e 29,9 – Sobrepeso, obesidade grau I
- IMC entre 30,0 e 39,9 – Obesidade grau II
- IMC maior que 40,0 - Obesidade grave, grau III

A prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. (MALACHIAS et al., 2016).

O sobrepeso e obesidade são problemas mundiais que devido a nosso modo de viver, se agravarão no futuro .

Temo Waqanivalu do Departamento de Doenças Não Contagiosas e Promoção de Saúde da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE acha que não está tão longe o momento em que haverá mais mortes causadas por obesidade do que por subnutrição e explica "Além da genética, o meio em que a criança cresce é crucial, porque ela não pode tomar decisões próprias. Ela se adapta aos pais e ao seu meio, por exemplo, no que come". [...] Isso até já começa na gravidez. Se a gestante se alimentar mal, ela não só alimenta mal o feto, como também influencia os futuros hábitos alimentares dele. Da mesma forma como há uma continuidade entre a fase pré-natal e a fase depois de nascer, também há uma entre a infância e a idade adulta. Quem já teve excesso de peso ou obesidade nos primeiros anos de vida, tem um risco maior de enfrentar esse problema como adulto (REVISTA CARTA CAPITAL, 2017).

A obesidade e a hipertensão têm relações estreitas. A inatividade física incrementa o sobrepeso, a obesidade, eleva os triglicerídeos, reduz o HDL-colesterol ("bom colesterol") e favorece o aumento de cintura abdominal, a síndrome metabólica e a resistência à insulina, culminando na elevação da pressão arterial sistêmica (MALACHIAS et al., 2016).

Sedentarismo

Apesar das dificuldades epidemiológicas para mensurar o comportamento sedentário, esse comportamento certamente aumenta a prevalência da hipertensão arterial e, conseqüentemente, da morbidade e mortalidade cardiovascular, a qual é um dos principais fatores de risco para patologias cardíacas e cerebrais (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Dislipidemias

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório é a principal causa de morte no Brasil e o colesterol elevado possui evidências para ser considerado o principal fator de risco modificável (FALUDI *et al.*, 2017). As dislipidemias primárias ou sem causa aparente podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente por meio de análises bioquímicas. Na classificação genotípica, as dislipidemias se dividem em monogênicas, causadas por mutações em um só gene, e poligênicas, causadas por associações de múltiplas mutações que isoladamente não seriam de grande repercussão. A classificação fenotípica ou bioquímica considera os valores de colesterol total (CT), lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), triglicerídeos (TG) e lipoproteínas de alta densidade (HDL-C) e compreende quatro tipos principais bem definidos:

a) hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C (≥ 160 mg/dl)

Para avaliação adequada do risco CV são imperativas as análises do HDL-C e do LDL-C.

b) hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos triglicérides (TG) (≥ 150 mg/dl) que reflete o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons. Como observado, a estimativa do volume das lipoproteínas aterogênicas pelo LDL-C torna-se menos precisa à medida que aumentam os níveis plasmáticos de lipoproteínas ricas em TG. Portanto, nestas situações, o valor do colesterol não-HDL pode ser usado como indicador de diagnóstico e meta terapêutica;

c) hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-C (≥ 160 mg/dl) e TG (≥ 150 mg/dl). Nesta situação, o colesterol não-HDL também poderá ser usado como indicador e meta terapêutica. Nos casos em que TGs ≥ 400 mg/dl, o cálculo do LDL-C pela fórmula de Friedewald é inadequado, devendo-se, então, considerar a hiperlipidemia mista quando CT ≥ 200 mg/dl;

d) HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl) isolada ou em associação a aumento de LDL-C ou de TG (XAVIER *et al* 2013 p. 1-20).

Tabagismo.

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997) e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Dessas, o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral). Além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo também é um fator importante de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como - tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011 apud INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (INCA) 2018).

Alcoolismo.

O consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro (seis ou mais doses de bebida, na maioria dos países) em uma única ocasião, pelo menos uma vez no mês, é conhecido na literatura internacional como heavy episodic drinking (HED), ou uso pesado episódico do álcool. Esse tipo de consumo geralmente provoca intoxicação alcoólica aguda, que é a principal causa dos problemas relacionados ao álcool na população como envenenamento por álcool, acidentes e violências, e pode gerar graves consequências, mesmo para pessoas que têm um nível de consumo relativamente baixo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

5.6 Planejamento e programação para a atenção ao hipertenso

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia

[...] na prática clínica, a estratificação do risco CV no paciente hipertenso pode ser baseada em duas estratégias diferentes. Na primeira, o objetivo da avaliação é determinar o risco global diretamente relacionado à hipertensão. Nesse caso, a classificação do risco depende dos níveis da PA, dos fatores de risco associados, das LOAs e da presença de DCV ou doença renal.

Na segunda estratégia, o objetivo é determinar o risco de um indivíduo desenvolver DCV em geral nos próximos 10 anos. Embora essa forma de avaliação não seja específica para o paciente hipertenso, pois pode ser realizada em qualquer indivíduo entre 30 e 74 anos, vale ressaltar que a HA é o principal FRCV (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 18).

A estratificação de risco possui três etapas:

A primeira etapa é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios:

- Baixo risco/intermediário (tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, sexo masculino, idade maior de 65 anos, história familiar de eventos cardiovascular prematuros em homens <55 anos e mulheres < 55 anos).
- Alto risco (AVC prévio IAM prévia lesão de órgão alvo, Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo, Nefropatia, Retinopatia, Aneurisma de Aorta Abdominal, Estenose de Carótida Sintomática e Diabetes Mellitus).

A segunda etapa será avaliada a idade, exames de LDL-C, HDL-C, PA e o hábito de tabagismo.

Depois avaliação da presença das variáveis mencionadas acima, inicia a terceira etapa. O uso de o score de Framingham que constitui uma ferramenta útil de fácil aplicação no cotidiano, classificando os indivíduos por meio da pontuação no seguinte grau de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas.

- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida

saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

- Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatias. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014, p.579).

A eSF Nova Pampulha II tem diagnosticados, no momento, 244 pacientes hipertensos, em uma população de 4400 pessoas (5,6%). Indicadores oficiais estimam que na população de 25 a 39 anos há 9,90% de hipertensos, 32,40% e 52,50% na população de 40 a 59 anos. Na população geral a estimativa é de 15% de hipertensos Para programar as consultas e procedimentos a utilização de planilha de programação para grupos de risco é essencial (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Conforme se observa no Quadro 2, para uma população adscrita de 244 hipertensos, são necessárias 427 consultas/ano ou 36/mês com médico, 98 consultas /ano ou 8/mês com enfermeiro e 293/ano ou 24/mês com auxiliar de enfermagem. Como se trata de atenção à demanda programada, várias formas de organização são possíveis. É também muito importante saber se o número total de hipertensos cadastrados corresponde ao número potencial de hipertensos.

Quadros 2 - Planilha de programação para grupos de risco – hipertensos

Total de hipertensos (100%)	Baixo Risco (45%)		Médio Risco (35%)		Alto Risco (20%)		Total geral
	110		85		49		244
Procedimento a realizar	Quantidade /ano	Total	Quantidade /ano	Total	Quantidade /ano	Total	
Consulta médica	1	110	2	171	3	146	427
Consulta de Enfermeiro	1	110	1	85	2	98	293
Atendimento pelo Aux. Enfermagem.	3	329	3	256	6	293	878

Fonte: Campos; Faria; Santos (2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A eSF tem aproximadamente 4400 pessoas adscritas. Delas, 2993 com mais de 20 anos (68%), no qual uma incidência de 244 hipertensos diagnosticados o que representa um número de pacientes muito baixo (5,38% da população geral ou 7,91% da população de 20 anos ou mais, o que é preocupante. Assim é grande a importância de um projeto de intervenção para o controle dos pacientes e para prevenir fatores de riscos e futuras complicações que possam levar à morte.

A equipe escolheu como prioritário o problema da existência de um número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando de um processo de trabalho da equipe reestruturado, tendo em conta que não existe um acompanhamento adequado pela eSF dos pacientes com HAS e seus fatores de risco, o que distancia o processo de sua solução. Porém, é necessária a procura de melhoras na qualidade do conhecimento dos profissionais sobre o processo de trabalho para a atenção das doenças crônicas, com ajuda da educação permanente em saúde.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário. São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental. Atenção programada refere-se a um programa específico que define diretrizes essenciais para o cuidado

continuado daquele paciente, por exemplo, o programa da criança com asma, programa de pré-natal, entre outros, mas que deve sempre ser singularizado para cada indivíduo. (ALMEIDA; SOARES, 2010).

Em uma população podemos medir o impacto da hipertensão arterial descontrolada por meio do aparecimento das complicações como acidente vascular cerebral, isquemias cardíacas, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e isquemia vascular periférica. Na Unidade de Saúde da Família Nova Pampulha II, entre as causas de mortalidade em maiores de 20 anos em o ano 2013, 38 % forem por afecções cardiovasculares.

Influem muitos fatores para que uma pessoa hipertensa esteja descontrolada não somente da não adesão ao tratamento, também inadequação da droga, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, resistência ao tratamento, efeitos adversos, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, hábitos e estilos de vida inadequados e ineficiência na divulgação sobre: prevenção, fatores de riscos, complicações e consequências da hipertensão arterial (HTA). O controle da hipertensão arterial inclui o irrestrito acesso à atenção básica de saúde e o atendimento de boa qualidade cumprindo com os programas de saúde com participação ativa do paciente, da família e dos profissionais da saúde o que possibilita a melhoria da qualidade de vida sem deterioro das suas condições e uma redução dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade e o sistema de saúde. (BRASIL, 2013, p.57- 64).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Falta de informação da população sobre a doença hipertensiva e suas complicações.
- Má estruturação dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema prioritário identificado “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe” na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais são apresentadas nos Quadros 3, 4, 5 e 6, a seguir.

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe.”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação (operações)	Implementar ações para modificar hábitos, modos e estilos de vida da população criação de projetos para a realização de caminhadas e trabalho com grupos operativos sobre hábitos e estilos de vida.
Projeto	Mais saúde.
Resultados esperados	Redução de fatores de risco das doenças cardiovasculares em um 30% da população.
Produtos esperados	Usuários mais esclarecidos, grupos operativos implantados e com capacidade de estimular mudanças no estilo de vida. Caminhadas implantadas.
Recursos necessários	Estrutural: espaços para realização de atividades físicas e de lazer com participação da equipe de saúde da família e núcleo de apoio à atenção básica (NASF-AB) Cognitivo: equipe de saúde com mais conhecimentos em interação educacional com a comunidade... Financeiro: recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político: mobilização social para a criação de parcerias com outros setores.
Recursos críticos	Estrutural: espaços Cognitivo: Financeiro: recurso mínimo para impressão. Político: mobilização social; adesão de gestores.
Controle dos recursos	Equipe de saúde, coordenador de atenção básica, gestores.
Ações estratégicas	Convite a representação e participação da comunidade ou associação de moradores. Fazer periodicamente devolução de resultados à comunidade e equipe dos resultados (comunicação, mural, etc)
Responsáveis pelo	Médico e enfermeiro da equipe

acompanhamento	
Prazos	De três em três meses: revisão do projeto
Processo de monitoramento	Contatos permanentes na equipe; reunião trimestral com equipe, gestores e representante(s) da comunidade.
Avaliação das operações	Avaliação global semestral; indicação e implementação de correções necessárias. Apresentação de relatório anual de avaliação. Decisão sobre continuidade do projeto.

Fonte: Autoria própria, 2018

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe.”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de informação da população sobre a doença hipertensiva e suas complicações
Operação (operações)	Fazer estratificação dos riscos e complicações fornecendo informação à população através dos grupos operativos. Educação a população sobre os riscos das doenças cardiovasculares e suas complicações.
Projeto	Educação em Saúde
Resultados esperados	Aumentar o nível de informação e conhecimento através de palestras, grupos operativos, campanhas educativas na rádio e na televisão.
Produtos esperados	População de risco melhor informada e mais saudável, aumento do nível de conhecimento e educação permanente para os ACS e comunidade.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe melhor preparada com meios de comunicação disponíveis como rádio, tela e folhetos. Agendas mais organizadas para o atendimento dos pacientes. Cognitivo: pacientes com conhecimento dos fatores de risco e complicações da doença. Financeiro: meios de comunicação disponíveis como rádio, tela e folhetos. Político: mobilização social e criação de parceria com outros setores sociais.
Recursos críticos	Estrutural: espaços Cognitivo: Financeiro: recurso mínimo para impressão. Político: mobilização social; adesão de gestores.
Controle dos recursos	Equipe de saúde, coordenador de atenção básica, gestores.
Ações estratégicas	Convite à representação e participação da comunidade ou associação de moradores. Fazer periodicamente devolução de resultados à comunidade e equipe dos resultados (comunicação, mural, etc)
Responsáveis pelo acompanhamento	Médico e enfermeiro da equipe
Prazos	De três em três meses revisão do projeto
Processo de monitoramento	Contatos permanentes na equipe; reunião trimestral com equipe, gestores e representante(s) da comunidade.
Avaliação das operações	Avaliação global semestral; indicação e implementação de correções necessárias. Apresentação de relatório anual de avaliação. Decisão sobre continuidade do projeto.

Fonte: Autoria própria, 2018

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Má estruturação dos serviços em saúde
Operação (operações)	Cuidar Melhor, procurar orçamento e obter recursos necessários para elaboração de programas e projetos na atenção de pacientes com HAS. Educação a população sobre os riscos e doença cardiovasculares
Projeto	Melhor estrutura
Resultados esperados	Garantir exames de laboratório e medicamentos para controle de HAS e DM. Reduzir em um 60% o numero de pacientes com HAS descontrolada. População com conhecimentos sobre autocuidado.
Produtos esperados	Fazer capacitações continuamente à equipe de saúde e pessoas com risco cardiovascular.
Recursos necessários	Estrutural: equipe multiprofissional para o acompanhamento dos grupos operativos. Cognitivo: Meios de comunicação disponíveis como radio a tela e folhetos para informação sobre o tema. Financeiro: Disponibilizar recursos para aumento de consultas especializadas e exames laboratoriais e para impressão de folders. Político: mobilização social (concelho de saúde, setores religiosos e educação).
Recursos críticos	Estrutural: Espaços Cognitivo: Financeiro: Recurso mínimo para impressão. Político: Mobilização social; adesão de gestores.
Controle dos recursos	Equipe de saúde, coordenador de atenção básica, gestores.
Ações estratégicas	Convite a representação e participação da comunidade ou associação de moradores. Fazer periodicamente devolução de resultados à comunidade e equipe dos resultados (comunicação, mural, etc)
Responsáveis pelo acompanhamento	Médico e enfermeiro da equipe
Prazos	De três em três meses revisão do projeto
Processo de monitoramento	Contatos permanentes na equipe; reunião trimestral com equipe, gestores e representante(s) da comunidade.
Avaliação das operações	Avaliação global semestral; indicação e implementação de correções necessárias. Apresentação de relatório anual de avaliação. Decisão sobre continuidade do projeto.

Fonte: Autoria própria, 2018

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “relacionado ao problema “número elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, necessitando reestruturação do processo de trabalho da equipe”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha II, do município Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.
Operação (operações)	Adequação de o processo de trabalho, mais bem estar.
Projeto	Melhor processo.
Resultados esperados	Conhecer a população com riscos cardiovasculares para manter um controle adequado de aproximadamente 70% da mesma.
Produtos esperados	População com adequado conhecimento para autocuidado. Protocolos bem definidos para o atendimento
Recursos necessários	Estrutural: Adequação entre os setores (educação, esporte, ONG) e profissionais de saúde. Referência e contrarreferência Cognitivo: Disponibilidade de publicações básicas (Prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde) (BRASIL, 2016); 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS, 2016) Financeiro: Recursos para impressão de fôlder. Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Espaços para a realização de atividades com os grupos. Cognitivo: Disponibilidade de publicações básicas, Prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde (BRASIL, 2016); 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS) Financeiro: recurso mínimo para impressão. Político: mobilização social; adesão de gestores.
Controle dos recursos	Equipe de saúde, coordenador de atenção básica, gestores.
Ações estratégicas	Convite a representação e participação da comunidade ou associação de moradores. Fazer periodicamente devolução de resultados à comunidade e equipe dos resultados (comunicação, mural, etc).
Responsáveis pelo acompanhamento	Médico e enfermeiro da equipe
Prazos	De 3 em 3 meses revisão do projeto
Processo de monitoramento	Contatos permanentes na equipe; reunião trimestral com equipe, gestores e representante(s) da comunidade.
Avaliação das operações	Avaliação global semestral; indicação e implementação de correções necessárias. Apresentação de relatório anual de avaliação. Decisão sobre continuidade do projeto.

Fonte: Autoria própria, 2018

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta estratégia educativa percebe-se a necessidade de um esforço conjunto de diversos setores da sociedade para reduzir os fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis, também diminuir as principais complicações cardiovasculares, mediante estratégias e ações de saúde que podem modificar os estilos de vida da população. Apresentando um projeto de caráter informativo e educativo para a comunidade, com um planejamento em curso para melhorar a capacitação profissional e expandir programas sociais que minimizem o problema com uma avaliação do processo de cuidado, autocuidado e reestruturação de plano de atenção em parcerias com outros setores. A realização desta estratégia necessita um esforço conjunto para reduzir os fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis, reduzindo assim a mortalidade por estas e obtendo uma melhor qualidade de vida.

|

REFERENCIAS

ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [S.l.], São Paulo, v. 15, p. 1123-1132, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 21 abr 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@ Minas Gerais. Ribeirão das Neves**. Brasília, [online], 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ribeirao-das-neves/panorama>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/politica-nacional-de-educacao-permanente>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 12 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas>. Acesso em: 30 abr. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde** / Ministério da Saúde. Brasília: 2016. Disponível em:<<http://brasil.evipnet.org/wpcontent/uploads/2016/12/hipertensaoarterialWEB.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** Ministério da Saúde. Brasília: 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>> . Acesso em: 14 maio 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo_20/24>.
Acesso em: 12 de maio 2018.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.
Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf>. Acesso em: 16 de maio 2018.

FALUDI A. A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. – 2017. **Arq. Bras. Cardiol.** 2017; 109 (Supl.1): 1-76. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf>. Acesso em: 26 maio 2018.

FERREIRA, V. L. **As múltiplas faces da gestão:** Prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

FONTANA K. C.; LACERDA J. T.; MACHADO P. M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate** Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, JUL-SET 2016. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>>.
Acesso em: 10 jun 2018.

GAY, H. C. *et al.* Effects of Different Dietary Interventions on Blood Pressure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Hypertension**. 67(4):733-9, Apr 2016. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26902492>>. Acesso em: 13 maio 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (INCA), 2018. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acesso em: 10 abr. 2018.

LOPEZ, S. **Prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial na comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Vila Bispo de Maura.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2018. Comunicação pessoal.

MALACHIAS M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 4 - Estratificação de Risco Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 18-24, Sept. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto - Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.** 3 ed. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4245.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: World Health Organization; 2014. Apud INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (INCA), 2018. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acesso em: 10 abr. 2018.

REVISTA CARTA CAPITAL. **Excesso de peso, uma epidemia global.** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/excesso-de-peso-uma-epidemia-global>>. Acesso em: 4 de maio 2018.

RIBEIRÃO DAS NEVES. Secretaria Municipal de Saúde. **Quadro informativo,** 2018.

SCHMIDT, M. I. et al. **The Lancet**, London, v. 377, n. 11, Issue 9781, p. 1.949-1.961, 4 June 2011. apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias /. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 12 de maio 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Excesso de peso, uma epidemia global. **Rev. Bras. Hipertensão**. v. 21, n. 2, p. São Paulo 2014 -2015. l. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Obesidade, o que é obesidade**. Online, 2018. Disponível em:<<https://www.endocrino.org.br/obesidade/>> Acesso em:30 abr 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Hipertensão Arterial. Estratificação de risco**. pdf • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3. Disponível em:<<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05>> Acesso em 10 jun 2018.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: **a construção de um conceito ampliado**. Apud FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. de processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, JUL-SET 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>> Acesso em: 10 jun 2018.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde/ Horácio Pereira Faria et al. Belo Horizonte. Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p. il. (Educação a Distância) Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3873.pdf>> Acesso em 26 maio 2018.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, Oct. 2013. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2018.