

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

WILLIAN GUILHERME DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DOS FATORES
DE RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DA
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS, NO MUNICÍPIO DE
DIVINO, MINAS GERAIS**

DIVINO/MINAS GERAIS

2019

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

WILLIAN GUILHERME DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DOS FATORES
DE RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DA
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS, NO MUNICÍPIO DE
DIVINO, 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.

Orientadora Prof^a. Maria Edna Bezerra da Silva

DIVINO/ MINAS GERAIS

2019

WILLIAN GUILHERME DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DOS FATORES
DE RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DA
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM JESUS, NO MUNICÍPIO DE
DIVINO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora: Maria Edna Bezerra da Silva (orientadora) - UFAL

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de janeiro de 2019.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os tutores que participaram da elaboração desta monografia e aos demais tutores que contribuíram para minha formação neste Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, deixomeu reconhecimento.

“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível”. Charles Chaplin.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são doenças cardíacas que afetam o coração e os vasos sanguíneos, incluindo problemas estruturais e coágulos. Já o risco cardiovascular é caracterizado por um conjunto de alterações metabólicas que depende da associação dos fatores de risco facilitadores para o aparecimento dos eventos cardiovasculares que incluem morte por causa vascular, o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Dentre doenças cardiovasculares mais comuns, estão as Coronariopatias, Arritmias cardíacas, Hipertensão arterial, Acidente Vascular Periférico, Doença arterial periférica, Parada cardíaca, Insuficiência cardíaca, Cardiopatia congênita. O presente trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção que possa colaborar com a prevenção dos fatores de risco para a doença cardiovascular na população residente na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Divino em Minas Gerais. Para tanto foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional com estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. As intervenções construídas baseiam-se em estratégias, ações e monitorização para os casos de pessoas portadoras de Hipertensão arterial, que são predominantes na população do município de Divino.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Risco cardiovascular.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are heart diseases that affect the heart and blood vessels, including structural problems and clots. On the other hand, cardiovascular risk is characterized by a set of metabolic alterations that depend on the association of risk factors for the development of cardiovascular events including vascular death, myocardial infarction and stroke. Among the most common cardiovascular diseases are Coronary Artery Disease, Cardiac Arrhythmias, Arterial hypertension, Peripheral Vascular Accident, Peripheral Artery Disease, Cardiac Arrest, Heart Failure, Congenital Heart Disease. The objective of this study was to elaborate an intervention plan that can collaborate with the prevention of risk factors for cardiovascular disease in the resident population in the area of coverage of the Health Team of the Bom Jesus Family in the municipality of Divino in Minas Gerais. In order to do so, we used the Situational Strategic Planning with a quick estimate of the observed problems and definition of the priority problem, critical nodes and actions. The interventions constructed are based on strategies, actions and monitoring for the cases of people with hypertension, who are predominant in the population of the municipality of Divino.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Cardiovascular risk

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS → Agente Comunitário de Saúde

APS → Atenção Primária à Saúde

ASB → Auxiliar de Saúde Bucal

CAPS → Centro de Apoio Psico Social

CONASEMS → Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS → Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DM → Diabetes Mellitus

ESF → Estratégia Saúde da Família

HAS → Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE → Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC → Índice de Massa Corporal

MS → Ministério da Saúde

NASF → Núcleo de Assistência na Saúde da Família

THD → Técnico de Higiene Dental

TFD → Tratamento Fora de Domicílio

UBS → Unidade Básica de Saúde

SUS → Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

- Quadro 1-** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da área adscrita à ESF Bom Jesus do município de Divino, estado de Minas Gerais, 2018.....17
- Quadro 2 –** Desenho de operações para os “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentada área adscrita à ESF Bom Jesus do município de Divino-MG, 2018.....28
- Quadro 3 –** Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema de não adesão ao tratamento, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Divino, estado de Minas Gerais.....29
- Quadro 4 –** Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema dos maus costumes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Divino, estado de Minas Gerais.30
- Quadro 5 –** Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema da deficiência no funcionamento do Grupo de HIPERDIA, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Divino, estado de Minas Gerais.....31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.1 - Apresentação do município de Divino.....	12
1.2 - O sistema municipal de saúde	12
1.3 - A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.....	13
1.4 - Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	13
1.5 - A Equipe de Saúde da Família de Bom Jesus, da Unidade Básica de Saúde de Bom Jesus.....	13
1.6 - O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Bom Jesus.....	14
1.7 - O dia a dia da equipe Saúde da Família de Bom Jesus.....	15
1.8 - Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	16
1.9 - Priorização dos problemas para o plano de intervenção.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específico.....	19
4. METODOLOGIA	20
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
5.1 - Estratégia Saúde da Família.....	21
5.2 - Atenção Primária à Saúde.....	21
5.3 - Hipertensão.....	22
5.4 - Diabetes mellitus.....	23
5.5 - Dislipidemias.....	24
5.6 - Sedentarismo.....	25
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	26
6.1- Descrição do problema selecionado.....	26
6.2 - Explicação do problema.....	27
6.3 - Seleção dos nós críticos.....	28
6.4- Desenho das operações	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 - Apresentando o município de Divino

O Município de Divino é uma cidade com 19.133 habitantes (IBGE, março de 2018), localizada na região da zona da mata mineira, está a 320 km da capital do Estado. A cidade teve um crescimento populacional lento nas duas últimas décadas em função da valorização do homem no campo como produtor rural ocorrido na região devido à cultura cafeeira predominante. Nos dias atuais, há em Divino uma grande esperança de crescimento, um município que hoje é sustentado pela prática agropecuária (café), pecuária, está aos poucos se desenvolvendo.

A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimentada a região com o seu festival de música no mês de julho e ainda preserva suas festas religiosas típicas do catolicismo.

A cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) chega a cobrir 100% da população, com quatro equipes na zona urbana e duas equipes na zona rural.

Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde. Segundo o IBGE (2018), a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14.93 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido às diarreias são de 2.1 para cada 1.000 habitantes.

1.2 - Aspectos da comunidade

O Distrito de Bom Jesus é uma comunidade com cerca de 2100 habitantes, localizada na zona rural de Divino, que se formou, principalmente, a partir do êxodo rural ocorrido na década de 1970, devido ao avanço do plantio de café como meio da agricultura familiar de subsistência, muito presente em toda região.

Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas propriedades rurais de cafeicultores, da prestação de serviços e da economia informal. A estrutura de saneamento básico na comunidade continua avançando, presença constante de coleta de lixo municipal, investimentos no que se refere ao esgotamento sanitário distrital. A comunidade distrital vive em boas moradias.

O analfabetismo funcional é elevado na população acima da quinta década de vida, sobretudo entre os menores de 20 anos, tem-se a evasão escolar durante a safra do café.

Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa.

1.3 - O sistema municipal de saúde

O município pertence à microrregião de Muriaé, possui uma Policlínica para consultas especializadas e exames de média complexidade, uma Unidade de Pronto Atendimento com médicos plantonistas 24h destinado aos serviços de urgência e emergência, sendo que esta se localiza ao lado do Hospital Municipal Divinense. O referido hospital é o orgulho da população local, responsável por realizar pequenas cirurgias eletivas, internações e maternidade.

1.4 - A Unidade Básica de Saúde

A Unidade de saúde de Bom Jesus abriga a ESF de Bom Jesus, que foi inaugurada há cerca de 14 anos e esta situada na Rua Principal, 692, Distrito de Bom Jesus do Divino. É uma unidade própria para a ESF com uma ampla área para atender a demanda populacional local.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta e participação política e administrativa.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, com apoio de dois carros para maior atenção a comunidade e a presença dos serviços de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) em sala própria.

1.5 - A Equipe de Saúde da Família de Bom Jesus, da Unidade Básica de Saúde de Bom Jesus

A equipe de Saúde da Família de Bom Jesus é composta por um médico de família, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente comunitário. Possui Equipe de Saúde bucal, com uma odontóloga e uma técnica em higiene dental e apoio do Núcleo de Assistência na Saúde da Família (NASF) com educador físico, nutricionista, psicóloga e um fisioterapeuta com vínculo com direto com a ESF.

Todo arranjo da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da ESF esta voltada para superar os determinantes sociais locais como em particular, prevenir os riscos de

desenvolver as doenças cardiovasculares que tanto afligem a população local, por meio de cuidados integrais com a saúde, que implicam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco.

1.6 - O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Bom Jesus

O funcionamento da Equipe da ESF Bom Jesus conta com atividades de atendimento da demanda espontânea e programada. Promove alguns programas, como de saúde bucal, pré-natal, puericultura, HIPERDIA com cadastro, acompanhamento e atendimento a hipertensos e diabéticos, controle de câncer de mama e ginecológico, acompanhamento de condições crônicas de agravos à saúde dentre outros.

A ESF vem desenvolvendo outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos, antitabagismo e da terceira idade que, com o tempo, se mostraram bem aceito. O próximo passo é tentar criar um grupo de saúde mental e um nome para este grupo que não remete uma possível discriminação aos participantes. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”.

Com o apoio do NASF nas reuniões de grupo com a comunidade, tem-se o fortalecimento das ações dos serviços em promoção da saúde. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população que ainda não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

Uma queixa geral dos profissionais é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm despertado certa angústia em parte da equipe por não conseguir mudar a realidade da comunidade, mas sempre estamos festejando ganhos de saúde individual e global com os participantes mais assíduos nos diversos grupos voltados para a promoção à saúde e com isso toda família fica mais feliz com a melhor qualidade de vida adquirida do membro familiar, isso dá mais ânimos e esperança aos membros da ESF.

A assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional e está organizada conforme orientação do Programa Farmácia de Todos, com o objetivo de

oferecer distribuição gratuita de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então se cria um segundo programa de assistência farmacêutica, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG), sendo a chamar-se de Programa Farmácia de Minas, que então é implementando em 2007, 303 unidades no Municípios de Minas Gerais, sendo Divino contemplado com uma unidade composto por um farmacêutico responsável e dois atendentes para dispensação gratuita de medicamentos com a apresentação da receita médica e odontológica.

No exercício da vigilância da saúde nota-se uma observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Encontra-se na Atenção Primária à Saúde (APS) local uma relação horizontal, ou seja, não hierárquica entre os níveis e pontos de atenção à saúde, tendo como porta de entrada os serviços da atenção básica nas UBS. Já os convênios de serviços de saúde são uma prática em entre os municípios da zona da mata mineira.

Sendo assim o modelo de atenção à saúde local prioriza ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida com as diversas áreas do setor da saúde.

Com tudo isto, ainda existe uma demanda reprimida quanto aos serviços oferecidos no Município no âmbito do SUS para melhor resolutividade na rede da atenção primaria a fim de evitar os serviços especializados oferecidos na Policlínica.

1.7 - O dia a dia da equipe Saúde da Família de Bom Jesus

A Unidade de Saúde funciona das 7 horas às 16 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à recepção e arquivo, apoiando as técnicas de enfermagem ou o enfermeiro presente na recepção. Esse fato foi motivo de algumas discussões quando o novo enfermeiro chegou junto às técnicas de enfermagem, que dizia não justificar a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS's nessas atividades, pelo fato delas não serem auxiliar de enfermagem. Essa questão já foi objeto de várias reuniões com a equipe. Porém um mês depois destas mudanças, acabou voltando com o modelo já existente pelo fato de apenas uma

auxiliar de enfermagem conseguir realizar todas as atividades necessárias na recepção da UBS.

Existe uma programação permanente de educação continuada sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, para que toda última terça-feira de cada mês seja destinada a todos Agentes Comunitários de Saúde para passarem uma tarde de palestras realizadas pelos médicos e enfermeiros do município com diversos temas como acolhimento, visitas domiciliares, imunizações, puericultura, agravos epidemiológicos mais presentes, dentre outros.

Já os três médicos atuantes do Programa Mais Médicos para o Brasil são liberados para os encontros regionais com a coordenação estadual do programa Mais Médicos para realização de educação permanente, uma vez que o município não conta com estrutura suficiente para o treinamento de educação permanente dos médicos do município.

Existe um acolhimento real por parte da equipe de Saúde da Família, deixando os presentes bem à vontade ao adentrar na UBS, que conta com atendimento da demanda espontânea e programada, visitas domiciliares espontâneas e programadas para as quartas-feiras. Toda equipe é bem participativa nos projetos e nos grupos de pacientes que já acontece a fim de garantir maior acessibilidade em informações em saúde, com intuito de promover saúde, prevenir e recuperar a pessoal como um todo por meio de uma ação global e não tratando a doença e sim a pessoa junto ao meio que se vive.

1.8 - Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os casos de Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus representam em torno de 18% dos principais fatores de risco para o aumento das doenças cardiovasculares na população de idosos, que se agrava com a baixa adesão ao tratamento, dislipidemias, sedentarismo, obesidade, tabagismo e o uso de álcool. Cerca de 50% da comunidade em geral sofre pelas poucas opções de emprego local, ficando dependentes em sua maioria da produção e colheita do café e empregos da prefeitura. A produção dos dados foi obtido pela própria equipe.

1.9 - Priorização dos problemas para o plano de intervenção

Os fatores de risco para a doença cardiovascular vêm aumentando na população de idosos no território da ESF de Bom Jesus, sendo o problema

selecionado como prioritário para o plano de ação de intervenção, devido a fatores causais preliminares agravantes para este indicador como o número de hipertensos e diabéticos com mais de uma comorbidade como as dislipidemias, sedentarismo, sobrepeso, tabagismo, uso de álcool e a baixa adesão medicamentosa.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da área adscrita à ESF Bom Jesus do município de Divino-MG. 2018.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização
Fatores de risco para a doença cardiovascular	Alta	8	Parcial	1
Hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	6	Parcial	3
Dislipidemias	Alta	5	Parcial	4
Sedentarismo	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

2JUSTIFICATIVA

Depois de passados oito meses atuando na ESF Bom Jesus do município de Divino-MG, tornou-se possível averiguar junto à equipe de saúde algumas condições médicas, estilos de vida, que podem colocar a pessoa sob um risco maior de doenças cardiovasculares.

Em princípio todas as pessoas podem tomar medidas para diminuir o risco de doença cardiovascular. A prevenção e o controle dos fatores de risco é especialmente necessário para pessoas que já tiveram doença cardiovascular anterior e para evitar futuros eventos cardiovasculares.

Aproximadamente 18% da população de nossa ESF, apresentam importantes fatores de risco para doença cardiovascular, a qual é responsável por desenvolver doenças vasculares que representa a maior causa de óbito em nossa comunidade, assim como no Brasil e mundo.

As doenças cardiovasculares incluem as coronariopatias, infarto miocárdico, angina de peito, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, doença cardíaca reumática, aneurisma da aorta, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, claudicação intermitente (DUCAN, 2004, p.607).

3OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção que possa colaborar com a prevenção dos fatores de risco para doença cardiovascular da população residente na área de abrangência da equipe de saúde da família Bom Jesus do município de Divino-MG.

3.2-Objetivos específicos

- Desenvolver estratégias que contribuam com adesão ao tratamento da Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e das Dislipidemias;
- Realizar ações de combate ao Sedentarismo, Tabagismo e alcoolismo;
- Monitorar comorbidade pré-existente nos pacientes estudados.

4METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção, será realizada uma revisão de literatura sobre o tema base e seus fatores de risco que a partir de então, serão discutidos os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bom Jesus, criando assim propostas operacionais para enfrentamento dos principais problemas identificados como prioritários, a fim de prevenir as doenças cardiovasculares.

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Também foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica acerca do tema, com intuito de dar maior fundamentação teórica ao plano de ação.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 - Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) peculiar do SUS, baseado em equipes multiprofissionais compostas por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um ACS, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias, residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos, com uma população com cerca de 3 mil habitantes. As ESFs podem ser complementadas por Equipe de Saúde Bucal compostas por um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental. Muitas ESFs tem o apoio do NASF com fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo... Espera-se que 80% dos agravos à saúde da população coberta pela ESF sejam resolvidos na UBS, através de ações de promoção, prevenção da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2017) a Estratégia Saúde da Família visa:

“à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação do da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2012, p.7).

5.2 - Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto responsabilidades e

autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978). Atualmente a APS é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia pra integrar todos os aspectos destes serviços, a partir de uma perspectiva da população, em consonância com a equidade social, a integralidade da saúde, a participação da sociedade nas tomadas de decisões nos conselhos de saúde. Logo, a APS é porta de entrada do usuário ao SUS, e o local responsável pela organização do cuidado à saúde do paciente e da população ao longo do tempo, independentemente da presença ou não de doença, realizando serviços de prevenção, curativos, de reabilitação e promoção da saúde, dentre outros.

Segundo Bárbara Starfield (2002, p.76), “um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social”.

5.3 - Hipertensão

A Hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco para as doenças cardiovasculares que aumenta periodicamente os acometimentos das cardiopatias isquêmicas e dos acidentes vasculares cerebrais. Sendo também responsável pelo comprometimento isquêmico dos glomérulos renais, propiciando insuficiência renal crônica. A Hipertensão arterial é uma das enfermidades de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Estes valores classificatórios da Hipertensão arterial foram adotadas no III congresso brasileiro de hipertensão e pelas IV diretrizes brasileiras de Hipertensão arterial a partir da proposta realizada pelo sexto relatório de 1997 do Joint Nacional Committee (JNC-VI) nos Estados Unidos da América.

Na VII diretriz brasileira de Hipertensão arterial são expostas algumas variantes da classificação da hipertensão arterial, assim como scores e estratificações diversas para os riscos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Segundo Fuchs (2004), na proposta atual, valoriza-se a

presença de manifestações de doença cardiovascular (infarto do miocárdio prévio ou alto risco para doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral prévio, insuficiência cardíaca) ou concomitância de diabetes mellitus ou doença renal crônica.

Tendo em vista que HAS é uma doença crônica não transmissível, muito frequente entre os brasileiros, cabe a todos profissionais de saúde estar atentos às suas manifestações e atuando desde cedo na prevenção desta comorbidade, evitando assim as intercorrências mais graves.

5.4 - Diabetes mellitus

Diabetes mellitus é uma síndrome metabólica, que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013). Os serviços de APS devem estar atentos a prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária), a fim de proteger indivíduos suscetíveis de desenvolver DM, e de reduzir ou retardar as complicações da doença.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016, p.4), “os programas de prevenção primária do DM baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída”. Podemos diminuir a incidência de casos de DM mediante o estímulo a uma dieta saudável e à prática de atividades físicas.

Quanto à prevenção secundária, o controle metabólico é importante no combate ao surgimento ou da progressão de suas complicações crônicas. O tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia reduz o risco de complicações do DM. A prevenção de ulcerações nos pés e de amputações de membros inferiores por meio de cuidados específicos que podem reduzir tanto a frequência e a duração de hospitalizações quanto à incidência de amputações. É importante realizar o rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce da retinopatia devido à causa

da cegueira. O rastreamento para microalbuminúria é recomendável para prevenir ou retardar a progressão da insuficiência renal, e possibilita intervir mais precocemente no curso natural da insuficiência renal. Medidas de redução do consumo de cigarro auxiliam no controle do DM, visto que o tabagismo associa-se ao mau controle do diabetes e causalmente à hipertensão e à doença cardiovascular.

5.5-Dislipidemias

A dislipidemia (ou hiperlipidemia) se caracteriza com a elevação do colesterol total e do colesterol LDL (low-densitylipoprotein), do aumento dos triglicerídeos e da diminuição do HDL (High-densitylipoprotein). A alteração dos lípidos no plasma pode aumentar o risco de doenças cardiovasculares.

As dislipidemias consistem em uma alteração nos níveis séricos e nas características (em menor malignidade) de moléculas e complexos lipídicos. A dislipidemia de maior interesse clínico é a hipercolesterolemia (DUNCAN, 2004).

A maioria dos autores considera que um valor de colesterol total abaixo dos 200 mg/dL será um nível em que o risco está reduzido ao mínimo. De uma forma genérica, valores de LDL < 100mg/dL, Triglicerídeos <150 mg/dL e HDL >50 mg/dL são considerados níveis ótimos.

Os cardiologistas brasileiros estabeleceram novos índices de colesterol LDL em 2017, devido às altas taxas de colesterol na população, a Sociedade Brasileira de Cardiologia alterou valores de referência para colesterol e triglicérides, como foi publicado na V Diretriz de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose de 2017, abordando um conjunto de recomendações para a redução de eventos cardiovasculares (XAVIER et al., 2013).

Tradicionalmente, o tratamento buscava atingir níveis de LDL abaixo 100 mg/dL e triglicerídeos abaixo 150 mg/dL, recentemente, o tratamento objetiva mais alcançar a redução do risco cardiovascular do paciente do que com a busca de níveis específicos, intensificando mudanças de estilo de vida e o controle de fatores de risco. Já os novos índices variam de acordo com os riscos específicos de cada pessoa para o desenvolvimento da doença cardiovascular, por exemplo, uma pessoa de baixo risco cardiovascular o LDL menor que 130 mg/dl esta bom, e para uma pessoa de alto risco a sugestão é manter o LDL abaixo de 70 mg/dl (XAVIER et al., 2013).

5.6- Sedentarismo

O sedentarismo é considerado um problema de saúde pública, por ser um estilo de vida perigoso em que as pessoas fazem muito pouco ou nenhum tipo de exercício físico, o que aumenta o risco para as doenças cardiovasculares.

Segundo Edilaine Carlucci (2004, p.379). “O sedentarismo contribui para a resistência a insulina³¹ e para o aumento dos níveis lipídeos na circulação sanguínea. Assim, um estilo de vida ativo, promove um aumento da capacidade física e pode atenuar o risco de morbidade e mortalidade nos indivíduos”.

Em muitos casos as pessoas sedentárias, usam seus problemas de saúde para continuarem inativas. Acreditam que sua condição física é o que as impede de fazer qualquer tipo de esforço físico, quando provavelmente é o contrário, pois muitas das vezes a origem do seu mal-estar é justamente essa falta de atividade e cronificação de sua condição sedentária.

Pode-se afirmar que o sedentarismo é a inatividade física, fazendo com que a saúde do indivíduo entre em declínio e esteja mais suscetível a obesidade, aumento do lípidos e da pressão arterial, dos agravos dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Uma vida sedentária tem como conseqüências a limitação funcional, diminuição do tônus muscular, flexibilidade muscular e articular, além de comprometer órgãos alvos, associados à Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, obesidade, dislipidemias, doenças cardiovasculares.

6 PLANODE INTERVENÇÃO

Essa proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado devido ao aumento dos fatores de risco para doença cardiovascular da ESF Bom Jesus, do município de Divino-MG, para o qual se registra a explicação e a identificação dos "nós críticos" do problema escolhido, conforme a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

6.1 - Descrição do problema selecionado

Ao listar os problemas identificados no diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência sob responsabilidade da equipe na qual encontra-se parte da população com aumento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, agravando-se pela Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, dislipidemias, sedentarismo e tabagismo.

Estabelece-se ordem de prioridade para os problemas identificados (considerando a urgência, importância e capacidade de enfrentamento da equipe), e ao identificar o problema de maior prioridade (problema mais urgente, mais importante e sob o qual a equipe tem maior capacidade de enfrentamento), descrito no Quadro 01, acima.

A partir de então, ao descrever o problema de maior prioridade, que são os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que apresenta em destaque diante de problemas de saúde da população como a Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus, que juntas somam 18,57% da população na área de abrangência da equipe, apresentam risco para doença cardiovascular que se agrava com a presença das dislipidemias e sedentarismos, segundo dados produzidos pela própria equipe.

Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados aos fatores de risco cardiovascular (número de hipertensos, diabéticos, dislipidemias, etc.), da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de hipertensão, diabetes, etc.) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos).

O problema dos fatores de risco para doença cardiovascular é apontado através dos dados clínicos dos pacientes como idade e sexo, história clínica

(principalmente, em relação a manifestações vasculares), pressão arterial, diabetes, circunferência abdominal, peso e altura (índice de massa corporal), e um exame clínico focalizado em manifestações de aterosclerose.

Homens com idade superior a 45 anos e mulheres com mais de 55 anos requerem exames laboratoriais para estimar mais precisamente o risco cardiovascular. Indivíduos mais jovens que já apresentam um ou mais fatores de risco devem passar para a avaliação clínico-laboratorial. Pacientes identificados nessa avaliação clínica como de risco cardiovascular também devem ser avaliados do ponto de vista laboratorial para orientação terapêutica, embora já sejam candidatos a intervenções de alta intensidade ou mais agressivas, uma vez que as doenças do aparelho circulatório representam o principal grupo de causa de óbito no mundo e no Brasil.

6.2 - Explicação do problema selecionado

Os mais importantes fatores de risco cardiovasculares comportamentais são representados pelo sedentarismo, uso de tabaco e uso nocivo do álcool, e as dietas inadequadas. Os efeitos dos fatores comportamentais de risco podem se manifestar em indivíduos por meio de pressão arterial elevada, glicemia alta, dislipidemia, sobrepeso e obesidade. Esses fatores de risco são mensurados em unidades básicas de saúde e indicam um maior risco de desenvolvimento de ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e outras complicações.

A cessação do tabagismo, redução do sal na dieta, consumo de frutas e vegetais, atividades físicas regulares e evitar o uso nocivo do álcool têm se mostrado eficazes para reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Além disso, o tratamento medicamentoso da diabetes, hipertensão e dislipidemia pode ser necessário para reduzir os fatores de riscos cardiovasculares e prevenir ataques cardíacos e AVCs.

6.3 - Seleção dos nós críticos

Não adesão ao tratamento;

Maus hábitos e costumes da população;

Deficiência no funcionamento do Grupo de HIPERDIA.

Quadro 2 – Desenho de operações para os “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentada área adscrita da ESF Bom Jesus do município de Divino-MG, 2018.

Nó crítico	Operação / projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Não adesão ao tratamento	Educando para vida Para garantir a adesão ao tratamento	Quantificar os pacientes para toda uma vida	Avaliação quantitativa da adesão ao tratamento	Cognitivo para mais informações; Organizacional para garantir recursos humanos necessários; Políticos para mobilização social; Financeiros para garantir recursos.
Maus hábitos e costumes da população	+Saúde Melhora hábitos de vida	Reduzir em 50% o consumo de álcool e tabaco em 1 ano	Programas antitabagismo e solicitar apoio ao Grupo dos Alcoólicos Anônimos.	Organizacional para realização dos grupos na UBS; Cognitivo para mais esclarecimentos; De poder, com apoio do Grupo de Alcoólicos Anônimos e políticos locais; Financeiros para lanches e panfletos.
Deficiência no funcionamento do Grupo de HIPERDIA	Bem estar e qualidade de vida dos idosos hipertensos e diabéticos.	Garantir o bem estar da qualidade de vida dos idosos hipertensos e diabéticos.	Criação de mais de um grupo educativo de HIPERDIA para cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na ESF	Cognitivos para fomentar mais conhecimentos sobre estas condições de saúde; Organizacional para realização dos grupos na UBS; Políticos para garantir mais força dos grupos; Financeiros para assegurar equipamentos para aferição da pressão arterial e glicemia capilar.

6.4 - Desenho das operações

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema de risco cardiovascular que vem aumentando na população sob responsabilidade da Equipe Saúde da Família Bom Jesus no município de Divino em Minas Gerais.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema de não adesão ao tratamento, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Divino, Estado de Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 1	Não adesão ao tratamento
Operação	Garantir a adesão ao tratamento
Projeto	Educando para vida
Resultados esperados	Qualificar os pacientes através de educação permanente em saúde
Produto esperado	Reuniões quinzenais de educação permanente
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para acompanhar o grupo operativo; Cognitivo: Informações sobre o tema; Financeiro: Recurso para impressão de folder; Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Unidade Básica de Saúde; Cognitivo: Educação em saúde; Político: Adesão do gestor local; Financeiro: Apoio da Secretária Municipal de Saúde
Controle dos recursos críticos	Equipe Saúde da Família Bom Jesus; Motivação favorável
Ações estratégicas	Mobilização social, chamadas na rádio local.
Prazo	Prazo de 3 meses para que cada etapa do projeto seja implantada
Responsável pelo acompanhamento das ações	O enfermeiro chefe deverá ser responsável pelas ações propostas
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e a avaliação das ações deverá ser quinzenal para possíveis correções a cada 30 dias.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema dos mauscostumes, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Divino, Estado de Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 2	Maus hábitos e costumes da população
Operação	Melhorar hábitos de vida
Projeto	Mais saúde
Resultados esperados	Reduzir em 50% o consumo de álcool e tabaco em 1 ano. Implantar ação de educação permanente em saúde.
Produtos esperados	Programa antitabagismo implantado e atuante. Reuniões quinzenais de Educação permanente na UBS; Participação nos encontros do Grupo dos Alcoólicos Anônimos.
Recursos necessários	Estrutural: profissional para acompanhar o grupo operativo; Cognitivo: Informações e esclarecimentos sobre o tema; Político: mobilização social, com apoio do Grupo de Alcoólicos Anônimos e políticos locais; Financeiro: Recurso para impressão de panfletos, folders e para lanches.
Recursos críticos	Estrutural: Unidade Básica de Saúde; Cognitivo: Educação em saúde; Político: Adesão do gestor local; Financeiro: Apoio da Secretária Municipal de Saúde
Controle dos recursos críticos	Equipe Saúde da Família Bom Jesus; Motivação favorável
Ações estratégicas	Mobilização social, chamadas na rádio local.
Prazo	Prazo de 3 meses para que cada etapa do projeto seja implantada
Responsável pelo acompanhamento das ações	O enfermeiro chefe deverá ser responsável pelas ações propostas
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento e a avaliação das ações deverá ser quinzenal para possíveis correções a cada 30 dias.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema da deficiência no funcionamento do Grupo de HIPERDIA, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, do município de Divino, Estado de Minas Gerais, 2018.

Nó crítico 3	Deficiência no funcionamento do Grupo de HIPERDIA
Operação	Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco dos idosos para doença cardiovascular.
Projeto	Desenvolvendo o bem estar e qualidade de vida
Resultados esperado	Fortalecer o grupo de HIPERDIA para o bem estar e qualidade de vida dos idosos; Garantir o desenvolvimento das ações de educação permanente em saúde pela a equipe da UBS.
Produtos esperados	Programa de caminhada implantado... Reuniões quinzenais de educação permanente; Criação de mais de um grupo educativo de HIPERDIA para cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus atendidos na UBS.
Recursos necessários	Estrutural: Enfermeiro para cadastrar e acompanhar o grupo; Cognitivo: Informação sobre o impacto da hipertensão arterial e diabetes mellitus na vida de cada pessoa e da família; Financeiro: Recurso para impressão de folders; Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Unidade Básica de Saúde; Cognitivo: Educação em saúde; Político: Adesão do gestor local; Financeiro: Apoio da Secretária Municipal de Saúde.
Controle dos recursos críticos	Equipe Saúde da Família Bom Jesus; Motivação favorável.
Ações estratégicas	Mobilização social, chamadas na rádio local.
Prazo	Prazo de 3 meses para que cada etapa do projeto seja implantada.
Responsável pelo acompanhamento das ações	O enfermeiro chefe devera ser responsável pelas ações propostas
Processo de avaliação das ações	O monitoramento e a avaliação das ações devera ser quinzenal para possíveis correções a cada 30 dias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção dos fatores de risco para doença cardiovascular deverá ser realizada através do plano de intervenção com foco na intensificação dos hábitos de vida diária saudáveis, tanto na alimentação, no trabalho, como na realização de atividades físicas sempre que bem indicadas.

Deverá ser fortalecida a participação dos usuários nas ações educativas dos grupos operacionais na Unidade Básica de Saúde, e realização de ações de combate ao sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.

Pode-se melhorar a adesão ao tratamento, por meio de educação permanente em saúde, estimulando e motivando os bons hábitos para uma melhor qualidade de vida, promovendo mais saúde na comunidade.

Ao estimular funcionários e usuários na participação do Grupo de HIPERDIA, busca-se garantir o desenvolvimento das ações de saúde com o apoio da Secretaria de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde, comércios, e sociedade organizada, nas atividades de promoção à saúde na comunidade local.

Nesse projeto de intervenção, é de suma importância o apoio do NASF, para dar mais prestígio às ações de saúde da UBS e poder diversificar as ações desenvolvidas, como a prática de exercícios, entre outros, contribuindo com a conscientização para adesão ao tratamento das comorbidades dos fatores de risco das doenças cardiovasculares, como a Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, a fim de garantir menos agravos à saúde e aumentar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Brasília, [online], 2018. (BRASIL. Ministério da Saúde). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planosdesaudeeoperadoras/espacodaoperadora/286-promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde). **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.....** Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br> Acesso em: 24 de maio de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DISLIPIDEMIA: PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Portaria SAS/MS nº 200, de 25 de fevereiro de 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 118p.

CARLUCCI E. et al. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Promoção da Saúde (PPGPS) do Centro Universitário Cesumar UNICESUMAR, Maringá-PR, Brasil, 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf. Acesso em 16 de janeiro de 2019.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140 p.

FALUDI, André. Diretrizes de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Júlia Marques, **O Estado de S. Paulo**, 12 Agosto 2017 | 03h00. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cardiologistas-brasileiros-estabelecem-valores-mais-rigidos-de-colesterolruim,70001933579>. Acesso em 06-12-18.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68.

DUNCAN, Bruce Bartholow, STARFIELD, Bárbara (et al). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600p.

JOINT NATIONAL COMMITTEE (JNC VII). Sétimo Relatório do Comitê Nacional sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial. **Jornal da Associação Médica Americana (JAMA)**. Camden, New Jersey, USA. 2003. <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111930/resumo.pdf>. Acesso em: 30 de novembro 2018.

MILECH, Adolfo et. al. Diretrizes sbd 2015-2016. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde **Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Sétima diretriz brasileira de hipertensão arterial**. ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

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 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jan. 2019.