

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SANDOVAL LOPO DE ABREU

**AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DOS PACIENTES DA ESF BOA VISTA EM JANUÁRIA - MINAS
GERAIS**

JANUÁRIA - MINAS GERAIS

2016

SANDOVAL LOPO DE ABREU

**AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DOS PACIENTES DA ESF BOA VISTA EM JANUÁRIA - MINAS
GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família. Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

JANUÁRIA - MINAS GERAIS

2016

SANDOVAL LOPO DE ABREU

**AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DOS PACIENTES DA ESF BOA VISTA EM JANUÁRIA - MINAS
GERAIS**

Banca examinadora:

Examinador 1: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Examinador 2: Profa. Flávia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me abençoado e me proporcionado força para atingir esse objetivo.

À minha esposa Cíntia, pelo apoio e carinho em todos os momentos.

A todos os meus irmãos e aos meus pais Ormino e Dalvina pelo incentivo a superar as dificuldades e pelas palavras de conforto.

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social. No atendimento dos pacientes hipertensos, percebemos que muitos não têm seus níveis pressóricos controlados e tem baixa adesão ao tratamento; outros não compreendem a forma de usar a medicação e não valorizam a importância dessa enfermidade. No Brasil, os profissionais atuantes na rede básica de saúde têm envidados esforços no sentido da prevenção e controle da Hipertensão arterial sistêmica. No entanto deparam com a pouca adesão ao tratamento, como é o caso dos usuários de saúde no município de Januária - Minas Gerais. O presente estudo centra-se na Hipertensão Arterial Sistêmica e tem por objetivo melhorar a adesão ao tratamento dos usuários hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família do Bairro Boa Vista da cidade de Januária, Minas Gerais. A metodologia constou do diagnóstico situacional, quando foi priorizado intervir no problema: “Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”. Em seguida foi realizada revisão bibliográfica e elaborado Plano de Ação para intervir nos cinco nós críticos identificados: Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade); Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal); Pressão social (desemprego); processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo); estrutura dos serviços de saúde (falta equipe multidisciplinar, indisponibilidade de exames pelo SUS). Com a implantação das ações previstas, a serem desenvolvidas pela equipe local de saúde, espera-se como resultados ampliar a adesão dos hipertensos e melhorar a qualidade do tratamento oferecido.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia de Saúde da Família, Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo

ABSTRACT

The Hypertension is a risk factor for coronary heart disease, cerebrovascular disease, peripheral vascular disease, heart failure and end stage renal disease. These diseases are major causes of morbidity and mortality, with high social cost. In care of hypertensive patients, we realize that many do not have their blood pressure controlled and has low adherence to treatment; others do not understand how to use the medication and do not value the importance of this disease. In Brazil, professionals working in the primary health care system have made efforts towards the prevention and control of Hypertension. However they faced with poor adherence to treatment, such as health care users in the city of Januária - Minas Gerais. This study focuses on Hypertension and aims to improve the adherence of hypertensive patients assisted by Neighborhood Family Health Strategy Boa Vista City Januária, Minas Gerais. The methodology consisted of situational diagnosis, when it was prioritized intervene in the problem: "membership difficulty to antihypertensive treatment." We then carried literature review and elaborate action plan to intervene in the five we identified critical: information level (do not understand the importance of this disease); Habits and people's lifestyle (smoking, physical inactivity, diet high in salt); Social pressure (unemployment); health team worker process (little information to the user; lack of operative group); structure of health services (lack multidisciplinary team, unavailability of tests by SUS). With the implementation of the planned actions, to be developed by the local health team, it is expected as a result increase the adherence of hypertensive patients and improve the quality of treatment offered

Key words: Sytemic Arterial Hypertension, the family health strategy, Anti-hypertensive

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção básica
AVC - Acidente vascular cerebral
CEESF - Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família
DIC – Doença isquêmica do coração
DCV- Doenças Cardiovasculares
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FR – Fatores de risco
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva
NESCON-Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
PA – Pressão arterial
SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	9
1.1 - RECONHECENDO MUNICÍPIO DE JANUÁRIA.....	10
1.2 - DESCRIÇÃO DO BAIRRO BOA VISTA	11
1.3 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	13
1.4 - ASPECTOS AMBIENTAIS	13
1.5 - ASPECTOS ECONÔMICOS	14
1.6 – EPIDEMIOLOGIA	14
1.7 – PRODUÇÃO DA EQUIPE	16
2 - JUSTIFICATIVA.....	17
3 - OBJETIVO.....	18
4 - METODOLOGIA.....	19
5 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
5.1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	20
5.2 - NÍVEL DE INFORMAÇÃO	24
5.3 - HÁBITOS E ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO	25
5.4 - NÍVEL SOCIOECONÔMICO	25
5.5 - PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE	26
5.6 - ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	27
6 – PLANO DE AÇÃO.....	28
6.1 - DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA ENFRETAMENTO DE “DIFICULDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO”	39
6.2 - IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS	43
6.3 - ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO: ATORES E MOTIVADORES.....	44
6.4 - PLANO OPERATIVO	46
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 1), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Segundo a mesma sociedade, associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O Ministério da Saúde (MS) (2013, p. 19) relata tratar-se de um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dados do próprio Ministério da Saúde apontam para prevalência no Brasil variando entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. (BRASIL, 2013).

Apesar de a HAS possuir alta prevalência, as taxas de controle são reduzidas. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Importante destacar que a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

São grandes os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações principalmente no âmbito das equipes de Atenção Básica (AB). O trabalho das equipes prevê atuação multiprofissional com vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, é fundamental o controle adequado da HAS, associando tratamento medicamentoso e não medicamentoso. No Brasil, os profissionais atuantes na rede básica de saúde têm envidado esforços no sentido da prevenção e controle da Hipertensão arterial sistêmica. No entanto encontram dificuldades constantes para atingir níveis satisfatórios de PA na população a que assistem. Essa realidade é também vivenciada nos pacientes adscritos na ESF Boa Vista no município de Januária - Minas Gerais.

1.1 - RECONHECENDO MUNICÍPIO DE JANUÁRIA

O município de Januária está situado no estado de Minas Gerais na região do Médio São Francisco, localizada ao lado esquerdo do rio do mesmo nome. Conta com uma população de 67,875 habitantes, sendo a 3º em população geral do Norte de Minas, sendo também a 54º maior do estado. Januária, considerada uma cidade universitária, conta com um campus do IFNMG, UNIMONTES, UNOPAR, UNIP, FUNAM e CEIVA. Sua economia concentra-se na agricultura, na pecuária e nos serviços gerais. (IBGE cidades, 2015).

Figura 1: Município de Januária



Fonte: Wikipedia

A cidade encontra-se estagnada no desenvolvimento econômico, social e político nas últimas décadas. A gestão política local, de longa data, é marcada por investigação de desvio de recursos públicos com condenações e prisões dos envolvidos. A atual administração é marcada por grande rodizio do secretariado. Na atual gestão de 2013 a 2017, em 18 meses de trabalho, cinco pessoas que já ocuparam o cargo de secretário municipal de saúde. Constata-se pouco investimento em todas as áreas. A área da saúde passa por grandes dificuldades em manter o atendimento em unidades básicas, atenção secundária e na urgência e emergência devido falta de recursos humanos e materiais. (PREFEITURA DE JANUÁRIA, 2015).

O quadro culmina com baixa qualidade no atendimento ao usuário o que gera baixa resolutividade e insatisfação do usuário dos serviços de saúde.

1.2 - DESCRIÇÃO DO BAIRRO BOA VISTA

O bairro Boa Vista situa-se na periferia da cidade. Há uma equipe de saúde da família para atendimento da população do bairro e comunidades rurais circunvizinhas. Possui 6 microáreas, sendo 3 para atendimento urbano e 3 para atendimento rural. Dados de 2014 apontam 954 famílias cadastradas com 3.510 pessoas cadastradas. No entanto, atualmente, com novos loteamentos, a unidade abrange uma população de aproximadamente 10 mil pessoas que utilizam os serviços da unidade. Tal demanda inviabiliza o atendimento agendado.

Figura 2: Bairro Boa Vista – Januária - MG



Fonte: http://www.mapasruasestradas.com/Minas_Gerais/Januaria/

1.3 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Quadro 1: População do Bairro Boa Vista por idade e sexo

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 1	0	0	0
1 a 4	62	37	99
5 a 6	46	56	102
7 a 9	79	76	155
10 a 14	149	155	304
15 a 19	207	162	369
20 a 39	589	566	1155
40 a 49	163	172	335
50 a 59	175	197	372
> 60	307	312	619
TOTAL	1777	1733	3510

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.

1.4 - ASPECTOS AMBIENTAIS

A maioria das residências conta com instalações simples. Recentemente foi instalado um novo conjunto de casas populares com 300 famílias. O sistema de esgoto predominante trata-se da fossa séptica. O lixo é principalmente queimado ou enterrado.

Quadro 2: Estrutura dos imóveis e saneamento básico do Bairro Boa Vista

TIPO DE CASA	%	
Tijolo/adobe	100%	
TRATAMENTO DA ÁGUA		%
Filtração	818	85,74
Fervura	1	0,10
Cloração	4	0,42
Sem tratamento	131	13,73
DESTINO DO LIXO		%
Coletado	321	33,65
Queimado/Enterrado	628	65,83
Céu aberto	5	0,52
SISTEMA DE ESGOTO		%
Fossa	899	94,23
Céu aberto	55	5,77

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.

1.5 - ASPECTOS ECONÔMICOS

A renda da população provém dos beneficiários do INSS e do emprego nas empresas de comércio e serviços instaladas no centro da cidade. A principal renda da população da área rural é resultado dos benefícios do INSS e da agricultura familiar. (IBGE, 2015)

1.6 - EPIDEMIOLOGIA

Na área de abrangência prevalecem as doenças de condições crônicas. Dentre as 2.851 consultas, as hipóteses diagnósticas foram: 1.476 de HAS, 760 de DM, 57 de pré-natal, 508 de puericultura, 4 de DST/AIDS, 1 de tuberculose.

Conforme tabelas abaixo referentes ao Município de Januária, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de internações e mortalidade dentre as condições crônicas.

Quadro 3: Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10

Capítulo CID	2009									Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,8	13,9	8,3	8,5	1,1	1,2	4,2	4,0	3,8	2,7
II. Neoplasias (tumores)	-	-	1,7	-	0,7	2,2	13,3	3,5	5,5	3,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3,3	2,5	6,7	4,3	0,7	1,3	1,4	2,2	1,9	1,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,7	3,8	-	-	-	1,2	5,2	7,3	6,3	2,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	0,5	0,3	-	-	0,3
VI. Doenças do sistema nervoso	1,7	5,1	3,3	-	0,4	0,2	-	0,8	0,6	0,6
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	1,7	-	-	0,1	0,3	-	-	0,1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1,3	-	-	-	0,1	-	-	-	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,8	2,5	-	-	1,1	6,1	30,4	31,7	32,9	10,9
X. Doenças do aparelho respiratório	42,5	29,1	18,3	2,1	0,4	2,0	9,4	18,5	17,0	7,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,2	6,3	6,7	21,3	1,5	5,0	11,9	8,9	10,1	6,2

XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,8	2,5	-	2,1	0,4	1,7	4,2	0,8	1,7	1,7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	6,3	6,7	2,1	0,4	0,6	1,7	2,4	2,1	1,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,8	2,5	5,0	6,4	2,2	3,0	3,8	7,3	6,3	3,5
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	17,0	83,8	64,8	-	-	-	45,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	31,7	-	1,7	-	-	0,1	-	-	-	1,4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3,3	3,8	6,7	-	0,4	0,1	-	-	-	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2,5	8,9	5,0	4,3	0,7	1,2	2,1	1,9	1,9	1,7
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,8	10,1	23,3	31,9	6,3	8,2	10,8	10,5	9,9	9,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	1,7	-	-	-	-	-	-	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	1,3	3,3	-	-	0,3	0,7	0,3	0,2	0,4
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

Quadro 4: Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10

Grupo de Causas	2008									Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	50,0	-	-	8,0	9,4	3,6	4,1	5,5
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	6,0	12,5	9,8	8,9	8,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	24,0	31,3	50,0	50,4	35,8
X. Doenças do aparelho respiratório	6,7	100,0	-	-	-	4,0	9,4	11,6	11,4	9,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	3,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	50,0	-	100,0	40,0	9,4	1,8	2,4	13,8
Demais causas definidas	40,0	-	-	100,0	-	18,0	28,1	23,2	22,8	23,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

1.7 - PRODUÇÃO DA EQUIPE

Dados do SIAB apontam que no ano de 2014 foram realizadas 2.851 consultas médicas e 1.270 atendimentos individuais por enfermeiro, 160 visitas domiciliares por médico e 250 por enfermeiro, 392 curativos, 352 inalações, 706 injeções, 221 retiradas de pontos, 70 atendimentos em grupo. (SIAB, 2014).

2 – JUSTIFICATIVA

A alta incidência e prevalência das HAS no Brasil e no mundo e sua associação frequente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), além de alterações metabólicas e consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, (BRASIL, 2013) justificam estudos que ampliem a qualidade da atenção aos pacientes hipertensos na Atenção Básica.

Assim consideramos importante este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que propõe aumento da adesão ao tratamento da HAS nos pacientes adscritos na ESF Boa vista no município de Januária – MG.

3 - OBJETIVO

Elaborar Plano de Ação para ampliar a adesão ao tratamento adequado pelos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da ESF Boa Vista no município de Januária - MG.

4- METODOLOGIA

A metodologia constou de diagnóstico situacional, quando foi priorizado intervir no problema: “Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”. Definido o problema e seus nós críticos foram realizados estudos e revisões bibliográficas sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como base para o desenvolvimento do trabalho através de sites científicos, livros e artigos sobre o tema. Para a escolha das obras definiu-se os seguintes critérios:

1. Estar relacionadas às palavras chaves e ao objetivo ;
2. Ter sido publicada em revistas científicas, na base SCIELO, nos últimos cinco anos.
3. Fazer ou na base normativa científica em vigor, do Ministério da Saúde, órgãos normativos do SUS, IBGE, Prefeitura de Januária e diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Após a revisão bibliográfica teórica- científica e normativa do SUS/ ESF, atualizou-se o Plano de Ação, com base no método PES (planejamento estratégico situacional) (CAMPOS et al, 2010) , buscando intervir nos cinco nós críticos identificados: Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade); Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal); Pressão social (desemprego); processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo); estrutura dos serviços de saúde (falta equipe multidisciplinar, indisponibilidade de exames pelo SUS).

5 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Segundo Basile et al. (2015, p.: 1) a definição do HAS sugerida em 2003 no Joint National Committee (JNC 7) foi baseada na média de duas ou mais aferições adequadas da pressão arterial. Dessa forma foi definido: (BASILE et al, 2015)

- Pressão sanguínea normal: sistólica < 120 mmHg e diastólica < 80 mmHg.
- Pré-hipertensão: sistólica entre 120 a 139 ou diastólica entre 80 a 89 mmHg.
- Hipertensão:
 - Estágio 1: 140 a 159 mmHg ou diastólica entre 90 a 99 mmHg.
 - Estágio 2: ≥ 160 mmHg ou diastólica ≥ 100 mmHg. (BASILE et al, 2015)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 10) adota os mesmos valores de utilizados acima. O órgão informa tratar-se de um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (BRASIL, 2006).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.1), conforme abaixo, aponta dados igualmente preocupantes acerca da morbimortalidade relacionada à HAS. Chama atenção ainda para o fato da alta frequência de internações ocasionando altos custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento das DCV. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010. P:1).

Dessa forma o Ministério da Saúde indica se relevante o diagnóstico e controle das HAS para reduzir suas principais complicações. A saber: (BRASIL, 2006).

- Doença cérebro-vascular;
- Doença arterial coronariana;
- Insuficiência cardíaca;
- Doença renal crônica;
- Doença arterial periférica.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 9 – 10) elenca os principais fatores de risco relacionados à HAS:

Idade:

Existe relação direta e linear da PA com a idade¹, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição.

Gênero e etnia:

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

Excesso de peso e obesidade:

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens². Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.

Ingestão de sal:

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado.

Ingestão de álcool:

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA^{1,10} e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010. P.:9-10).

Mesmo com os fatores de risco bem estabelecidos, a prevenção primária e a detecção precoce representa ainda um grande desafio aos profissionais de saúde. Neste sentido os

profissionais de saúde da atenção básica possuem grande importância nas estratégias de identificação e controle da HAS atuando assim na redução da morbimortalidade associada à patologia.

Não raro, os pacientes portadores de HAS também possuem outras patologias de difícil controle com diabetes, dislipidemia e obesidade. Isso torna ainda mais árduo o trabalho exigindo esforço constante da equipe de saúde. (BRASIL, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013. p.17), a avaliação complementar da HAS poderá incluir:

- a) Radiografia de tórax: recomendada para pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca, quando os demais exames não estão disponíveis, e para avaliação de acometimento pulmonar e de aorta.
- b) Ecocardiograma: hipertensos estágios 1 e 2 sem hipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco; hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca.
- c) Microalbuminúria em amostra isolada de urina (pela relação urinária albumina/creatinina): pacientes hipertensos diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica e hipertensos com dois ou mais fatores de risco.
- d) Ultrassom de artérias carótidas: pacientes com sopro carotídeo, com sinais de doença cerebrovascular, ou com doença aterosclerótica em outros territórios.
- e) Teste ergométrico: suspeita de doença coronariana estável, diabético ou antecedente familiar para doença coronariana em paciente com pressão arterial controlada.
- f) Hemoglobina glicada: em portadores de síndrome metabólica, diabéticos ou intolerantes à glicose. Na impossibilidade de realizar hemoglobina glicada, sugere-se a realização do teste oral de tolerância à glicose em pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 126 mg/dl.
- g) MAPA, MRPA e AMPA, segundo as indicações convencionais para os métodos.
- h) Avaliação da rigidez arterial pela velocidade de onda de pulso ou outros métodos, se disponível.
- i) Investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, pelo exame físico ou pela avaliação laboratorial inicial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013. P.: 17 – 18).

O Ministério da Saúde (2006, p. 24) estabelece o tratamento para HAS conforme classificação do risco cardiovascular global individual de cada paciente. Conforme estabelecido abaixo:

Classificação do risco cardiovascular global individual dos pacientes em função do escore de risco de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo

Risco BAIXO	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/ 10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo.
Risco MODERADO	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.
Risco ALTO	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com

escore de Framingham alto (>20%/ano).

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS. O Quadro 10 indica qual a modalidade de tratamento mais adequada para um determinado paciente, levando-se em consideração a classificação do risco individual e os níveis pressóricos detectados na consulta inicial. (BRASIL, 2006. p.24)

O Ministério da Saúde (2006, p. 24) resume a abordagem terapêutica ao paciente hipertenso conforme o quadro a seguir:

	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 (>160 />100)	TM	TM	TM

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.

* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes melito.

** TM se múltiplos fatores de risco. (BRASIL, 2006. p.24)

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.21), o tratamento para HAS deve considerar os fatores de risco, risco cardiovascular, lesões em órgãos-alvo e DVC estabelecida, a não simplesmente os níveis de pressão arterial. Deverão envolver decisão racional e metas de pressão individuais de acordo tais situações: hipertensão sistólica isolada, hipertrofia ventricular esquerda, síndrome metabólica, diabéticos e doença arterial periférica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Por tratar-se de síndrome clínica multifatorial, a HAS deve contar com a contribuição de equipe multiprofissional. No âmbito da atenção primária essa abordagem multiprofissional deve se estender a todos os pacientes hipertensos. Deverá envolver: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e dentre outros.

5.2 - NÍVEL DE INFORMAÇÃO

Segundo Dantas (2011, p. 20) a falta de informação adequada sobre a doença associada à dificuldade sobre a mudança de hábitos interferem no sucesso do tratamento. Muitos pacientes iniciam corretamente o tratamento, no entanto desistem ou o fazem pela metade e não conforme o recomendado por não sentirem nenhum sintoma e desconhecerem a gravidade da doença. O autor acrescenta ainda que o nível de escolaridade interfere na adesão ao tratamento da HAS. (DANTAS, A. O. 2011)

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006, p. 30) define a adesão ao tratamento como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Em sua publicação elenca vários determinantes para a não-adesão ao tratamento. Dentre eles figura a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Principais determinantes da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo

- Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica;
- Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa auto-estima;
- Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
- Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
- Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
- Interferência na qualidade de vida após início do tratamento. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010. p. 30)

Visando uma melhor adesão ao tratamento, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006, p. 30) sugere a educação em saúde com enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características além de orientações sobre benefícios do tratamento e mudanças de estilo de vida. Sugere ainda que sejam prestadas informações detalhadas sobre medicações como efeitos adversos e ajustes posológicos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.3 - HÁBITOS E ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO

Os principais órgãos brasileiros como o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Cardiologia que formulam diretrizes e orientações sobre o tratamento da HAS apontam que mudanças no estilo de vida são recomendadas como prevenção primária e redução dos níveis pressóricos contribuindo para redução do risco cardiovascular. (BRASIL, 2013. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular.

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010. P. 34)

O Ministério da Saúde (2013, p. 3) acrescenta que mudanças no estilo de vida são fundamentais no processo terapêutico e preventivo da HAS, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão em níveis pressóricos recomendados. (BRASIL, 2013).

Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade.

A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.3).

Levando em consideração o exposto, torna-se fundamental desenvolver e implementar estratégias de atenção à saúde que visem abordagem individual e coletiva para atingir níveis recomendados de pressão arterial além de melhorar a qualidade de vida da população.

5.4 - NÍVEL SOCIOECONÔMICO

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 19) aponta que fatores econômicos além dos psicossociais, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. Acrescenta ainda que o baixo nível socioeconômico figura entre os

principais determinantes da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC)⁴, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 19).

O Ministério da Saúde (2013, p. 33) aponta que em negros a prevalência e a gravidade de HAS são maiores podendo relacionar-se a fatores econômicos. (BRASIL, 2013).

Dantas (2011 apud Pickering 2001 et al, 2005, p. 21) relatam a influência do fator socioeconômico na prevalência e fatores de risco da HAS:

São identificados vários fatores que influenciam na adesão correta ao tratamento da hipertensão arterial como: baixa escolaridade, raça/etnia, sedentarismo, a falta de exercícios físicos, não realização de dieta indicada, alcoolismo e tabagismo.

A baixa escolaridade está associada ao nível socioeconômico mais baixo, sendo assim nesta classe da sociedade, observa-se uma maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão de órgãos-alvo e eventos cardiovasculares, devido a condição de menor acesso aos cuidados de saúde e pouco esclarecimento sobre auto-cuidado. (DANTAS, A.O. 2011 apud PICKERING et al 2005. p. 21).

Assim, na avaliação inicial e seguimento dos pacientes hipertensos devem ser considerados os fatores socioeconômicos.

5.5 - PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE

A educação em saúde é colocada por Peraza (2015, p. 22) como principal elemento no processo de capacitação da comunidade na Atenção Básica, sendo uma ferramenta de promoção da saúde. (PERAZA, D. L. M., 2015)

Fernandes (2015, p.12) destaca a importância dos grupos operativos na importância do processo terapêutico:

Os trabalhos como grupos operativos têm como característica principal a centralização de uma tarefa, constituindo-se como um instrumento de trabalho e um método de investigação. Eles podem, assim, cumprir uma função terapêutica, uma vez que eles estão centrados em uma tarefa que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, caracterizando-se como educativos, terapêuticos, dentre outras finalidades. (FERNANDES, N. F. 2015. apud ZIMERMAN et al. p. 12)

Segundo Peraza (2015, p. 22) o processo de trabalho da equipe com atendimento de forma organizada, humanizada através de consultas médicas e com acompanhamento de ACS e enfermeiro faz com que os pacientes sintam-se mais valorizados aumentando o vínculo entre a comunidade e equipe de saúde proporcionando melhora na adesão ao tratamento com mudança positiva nos resultados. (PERAZA, D. L. M., 2015).

Dessa forma, o processo de educação em saúde é uma estratégia fundamental para o tratamento da HAS pois permite a aquisição de conhecimentos e incentiva mudanças de comportamento. Tal processo auxilia na redução de fatores de risco cardiovascular e permite atingir os níveis pressóricos indicados.

5.6 - ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde (2013, p. 24) coloca de fundamental importância à abordagem multiprofissional no tratamento da HAS, indicando os profissionais que deverão fazer parte da equipe e as principais ações a desenvolver:

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento.

Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se as seguintes:

- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo);
- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa.

A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle do DM e da HAS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. P. 24)

No atendimento primário, o paciente hipertenso deverá ser submetido a exames subsidiários laboratoriais e de imagem. Na prática clínica diária, os profissionais e pacientes da atenção primária deparam com limitações na realização desses exames, tornando-se um fator que dificulta o atendimento adequado.

6 – PLANO DE AÇÃO

PRIMEIRO PASSO

Definição dos Problemas:

- a) Sedentarismo
- b) Alimentação inadequada
- c) Baixo nível de escolaridade
- d) Grande demanda espontânea
- e) Tratamento inadequado da HAS
- f) Grande incidência de eventos cardiovasculares

SEGUNDO PASSO

Quadro 5: Priorização dos Problemas

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA (0 a 5 pontos)	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE (0 a 5 pontos)
Sedentarismo	4	3	3
Alimentação inadequada	4	3	3
Baixo nível de escolaridade	4	3	1
Grande demanda espontânea na unidade	3	3	3
Tratamento inadequado da HAS	5	4	4
Alta incidência de eventos cardiovasculares	4	3	3

Fonte: Próprio autor (2016)

TERCEIRO PASSO

Ordem de Prioridade:

- 1) Tratamento inadequado da HAS
- 2) Sedentarismo
- 3) Alimentação inadequada
- 4) Alta incidência de eventos cardiovasculares
- 5) Grande da demanda espontânea na unidade
- 6) Baixo nível de escolaridade

Problema selecionado:

- 1) Tratamento inadequado da HAS

QUARTO PASSO

Descrição do Problema Selecionado:

A HAS possui forte associação com doenças cardiovasculares (DCV) como acidente vascular encefálico (AVE) e doença isquêmica do miocárdio (DIC) e por ser a DCV a principal causa de morte no nosso país. A detecção da HAS, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução das DCV.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso.

No atendimento dos pacientes hipertensos, percebemos que muitos pacientes não tem seus níveis pressóricos controlados porque não aderem ao tratamento. Alguns não compreendem a forma de usar a medicação. Outros não entendem a importância dessa enfermidade.

O objetivo é aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e evidenciar isso através do controle dos níveis pressóricos.

Explicação do problema:

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país

Cerca de 7,1 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à hipertensão. Aproximadamente cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A hipertensão arterial é responsável, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais.

Desta forma, a HAS apresenta elevada relevância clínica para o médico generalista ao melhorar o controle da HAS reduz-se a morbimortalidade e o custo social.

QUINTO PASSO

Seleção dos nós críticos:

1. Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal).
2. Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade).
3. Pressão social (desemprego).
4. Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).
5. Estrutura dos serviços de saúde (falta equipe multidisciplinar, indisponibilidade de exames pelo SUS).

SEXTO PASSO

Estratégia para o tratamento adequado da HAS:

O plano de ação é uma ferramenta que nos permite gerenciar estratégias para a redução ou solução de determinado problema. A seguir será apresentado o Plano de Ações proposto para intervir no problema identificado por meio do Diagnóstico Situacional e que foi priorizado: “Tratamento inadequado da HAS”.

Desenho das operações para enfrentamento de “tratamento inadequado da HAS”:

Neste passo, devemos pensar as soluções para os “nós críticos”, ou seja, descrever as operações de enfrentamento das causas selecionadas, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. Essas operações consomem vários tipos de recursos, tais como: recursos econômicos, organizacionais (físicos, humanos, equipamentos, etc.), cognitivos e de poder ou político.

Quadro 6: Desenho das operações para enfrentamento de “tratamento inadequado da HAS”:

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1) Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal).	+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Reduzir em 20% o número de tabagistas, sedentários e pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas para os tabagistas	Organizacional → para organizar as caminhadas, campanhas, grupos operativos, cartilhas e agenda de consultas Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação;

				<p>Político →Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc.</p>
<p>2) Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade).</p>	<p>Saber + Informar e conscientizar a população sobre a importância do tratamento anti-hipertensivo</p>	<p>População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos ACS e cuidadores</p>	<p>Organizacional → agenda para realizar as atividades propostas Cognitivo →conheciment o sobre o tema e sobre práticas pedagógicas Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes</p>

<p>3) Pressão social (desemprego)</p>	<p>“Comer bem e barato”</p>	<p>Alimentação mais saudável a preços mais baratos. Incentivo a horta doméstica.</p>	<p>Programa de horta doméstica; Programa de culinária barata.</p>	<p>Organizacional → Criar os programas Cognitivo → Treinamento para orientação da população. Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas</p>
<p>4) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).</p>	<p>“ + conhecimento ” Conscientizar a equipe sobre a importância de transmitir informações ao usuário</p>	<p>Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos operativos</p>	<p>Treinamento da equipe; Grupos operativos</p>	<p>Organizacional → Reuniões da equipe e grupos operativos; Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Político → Parceiros para auxiliar na estruturação dos grupos operativos Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.</p>

5) Estrutura dos serviços de saúde (falta equipe multidisciplinar, indisponibilidade de exames pelo SUS)	“Cuidar melhor” Melhorar a estrutura do serviço para atender bem os pacientes hipertensos	Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e educador físico	Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e atendimento individual	Organizacional → para agendar a participação desses profissionais na rotina do serviço Cognitivo → Explicar para esses profissionais sobre os objetivos deste projeto Político e financeiro → contratação desses profissionais
--	--	--	---	--

Fonte: Próprio autor (2016)

SÉTIMO PASSO

Nesta etapa é preciso identificar quais os recursos necessários para se transformar a realidade, ou seja, para se atingir os resultados esperados. Esses recursos são classificados como “recursos críticos”, uma vez que são essenciais para a viabilidade de um plano qualquer, ou seja, são aqueles recursos indispensáveis. É importante que se tenha clareza de quais são esses recursos, para que se possa criar estratégias para viabilizá-los. Busca-se aqui, identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação/projeto.

Quadro 7: Identificação dos recursos críticos:

Operação/ Projeto	Recursos necessários
+ Saúde	Político → Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc
Saber +	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes
“Comer bem e barato”	Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas
“+ Conhecimento”	Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.
“Cuidar melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (nutricionista e educador físico)
“Viver melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra)

Fonte: Próprio autor (2016)

OITAVO PASSO

Análise da viabilidade do plano: atores e motivadores.

Nesse ponto, precisamos ressaltar que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para a viabilidade do plano; logo, é preciso identificar os atores que controlam recursos, analisar seu possível posicionamento em relação ao problema e, assim, se desenhar estratégias capazes de viabilizar o plano, uma vez que, sabe-se que até certo ponto, é possível modificar as motivações dos atores.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

Motivação favorável: o ator que controla certo recurso coloca-o a disposição do ator que está planejando.

Motivação indiferente: o apoio do ator que controla determinado recurso ainda não está garantido, se quer há garantia de que o ator fará oposição à utilização deste recurso.

Motivação contrária: há uma oposição ativa à utilização do recurso.

Há de se destacar aqui que a motivação é situacional, instável e sujeita a mudanças.

Quadro 8: Análise da viabilidade do plano: atores e motivadores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde	Político → Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos anti-tabagismo etc	Responsável pelo salão paroquial Profissionais da área de educação Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais
Saber +	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes	Profissionais da área de educação Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais
“Comer bem e barato”	Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas;	Secretaria de educação, nutricionista e agrônomo	Indiferente Indiferente a	Carta de apresentação demonstrando benefícios. Carta de

	Financeiro → para manutenção dos programas	Secretário de saúde.	favorável.	apresentação demonstrando benefícios.
“+ conhecimento”	Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.	Integrantes da unidade; Secretário de saúde.	Favorável Favorável	Não é necessária Requisição dos materiais
“Cuidar melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (nutricionista e educador físico)	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios
“Viver melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra)	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios

Fonte: Próprio autor (2016)

NONO PASSO

Aqui, busca-se designar os responsáveis (gerente de operação) por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

Gerente de operação é o que se responsabilizará por acompanhar a execução das ações definidas, não necessariamente ele precisa executá-las, pode e deve contar com apoio de terceiros, logo entende-se que, o ator que controla pode delegar algumas tarefas para, assim, conseguir maior produtividade.

Quadro 9: Plano operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
+ Saúde	Reduzir em 20% o número de tabagistas, sedentários e de pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas para os tabagistas	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais	Agentes, enfermeiro e médico.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação. Início das atividades com dois meses.
Saber +	População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos ACS e cuidadores	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais	Agentes, enfermeiro e o médico.	Carta de apresentação imediata. Início das campanhas com dois meses.
“Comer bem e barato”	Alimentação mais saudável a preços mais baratos. Incentivo a horta doméstica.	Programa de horta doméstica; Programa de culinária barata.	Carta de apresentação demonstrando benefícios.	Agentes de saúde Parceiros das campanhas.	Confecção da carta de apresentação. Treinamento dos agentes com 30 dias. Início dos programas com dois meses.
“+ Conhecimento”	Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos	Treinamento da equipe; Grupos operativos	Requisição dos materiais	Enfermeiro	Confecção da carta de apresentação imediata. Início dos grupos operativos com 2 meses.

	operativos				
“Cuidar melhor”	Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e de educador físico	Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e atendimento individual	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Agentes e enfermeiro.	Confecção da carta de apresentação imediato. Início das atividades com dois meses.
“Viver melhor”	Redução dos níveis de ansiedade e insônia dos usuários	Acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Enfermeiro e médico	Confecção da carta de apresentação. Início do acompanhamento com dois meses.

Fonte: Próprio autor (2016)

O plano de ação é uma ferramenta que nos permite gerenciar estratégias para a redução ou solução de determinado problema. A seguir será apresentado o Plano de Ações proposto para intervir no problema identificado por meio do Diagnóstico Situacional e que foi priorizado: “Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”. Será adotada a seguinte dinâmica: descrição da etapa a ser desenvolvida seguindo o referencial teórico discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, especificidades da proposta de intervenção relacionada à etapa descrita.

6.1 - DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DE “DIFICULDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO”

Neste passo, devemos pensar as soluções para os “nós críticos”, ou seja, descrever as operações de enfrentamento das causas selecionadas, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. Essas operações consomem vários tipos de recursos, tais como: recursos econômicos, organizacionais (físicos, humanos, equipamentos, etc.), cognitivos e de poder ou político.

Quadro 10: Desenho das operações para enfretamento de “dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
2) Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal).	+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Reduzir em 20% o número de tabagistas, sedentários e pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas para os tabagistas	Organizacional → para organizar as caminhadas, campanhas, grupos operativos, cartilhas e agenda de consultas Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc.
2) Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade).	Saber + Informar e conscientizar a população sobre a importância do tratamento anti-hipertensivo	População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos	Organizacional → agenda para realizar as atividades propostas Cognitivo → conhecimento sobre o tema e

			ACS e cuidadores	sobre práticas pedagógicas Político → articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes
3) Pressão social (baixo nível econômico e dificuldade de acesso a alimentos saudáveis)	“Comer bem e barato”	Alimentação mais saudável a preços mais baratos. Incentivo a horta doméstica.	Programa de horta doméstica; Programa de culinária barata.	Organizacional → Criar os programas Cognitivo → Treinamento para orientação da população. Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas
4) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupos operativos).	“+ conhecimento” Conscientizar a equipe sobre a importância de transmitir informações ao usuário	Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos operativos	Treinamento da equipe; Grupos operativos	Organizacional → Reuniões da equipe e grupos operativos; Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos.

				<p>Político</p> <p>→ Parceiros para auxiliar na estruturação dos grupos operativos</p> <p>Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.</p>
<p>5) Estrutura dos serviços de saúde - não há educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar</p>	<p>“Cuidar melhor”</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para atender bem os pacientes hipertensos</p>	<p>Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e de educador físico</p>	<p>Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e atendimento individual</p>	<p>Organizacional</p> <p>→ para agendar a participação desses profissionais na rotina do serviço</p> <p>Cognitivo → Explicar para esses profissionais sobre os objetivos deste projeto</p> <p>Político e financeiro → contratação desses profissionais</p>

6) Problemas psicológicos (ansiedade e insônia)	“Viver melhor”	Redução dos níveis de ansiedade e insônia dos usuários	Acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	Organizacional → para agendar a participação desses profissionais na rotina do serviço Cognitivo → Explicar para esses profissionais sobre os objetivos deste projeto Político e financeiro → contratação desses profissionais
---	----------------	--	--	--

Fonte: Próprio autor (2016)

6.2 - IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Nesta etapa é preciso identificar quais os recursos necessários para se transformar a realidade, ou seja, para se atingir os resultados esperados. Esses recursos são classificados como “recursos críticos”, uma vez que são essenciais para a viabilidade de um plano qualquer, ou seja, são aqueles recursos indispensáveis. É importante que se tenha clareza de quais são esses recursos, para que se possa criar estratégias para viabilizá-los. Busca-se aqui, identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação/projeto.

Quadro 11: Identificação dos recursos críticos

Operação/ Projeto	Recursos necessários
+ Saúde	Político → Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc
Saber +	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e

	mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes
“Comer bem e barato”	Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas
“+ Conhecimento”	Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.
“Cuidar melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (nutricionista e educador físico)
“Viver melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra)

6.3 - ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO: ATORES E MOTIVADORES

Nesse ponto, precisamos ressaltar que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para a viabilidade do plano; logo, é preciso identificar os atores que controlam recursos, analisar seu possível posicionamento em relação ao problema e, assim, se desenhar estratégias capazes de viabilizar o plano, uma vez que, sabe-se que até certo ponto, é possível modificar as motivações dos atores.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

Motivação favorável: o ator que controla certo recurso coloca-o a disposição do ator que está planejando.

Motivação indiferente: o apoio do ator que controla determinado recurso ainda não está garantido, se quer há garantia de que o ator fará oposição à utilização deste recurso.

Motivação contrária: há uma oposição ativa à utilização do recurso.

Há de se destacar aqui que a motivação é situacional, instável e sujeita a mudanças.

Quadro 12: Análise da viabilidade do plano: atores e motivadores

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	

+ Saúde	Político → Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos anti-tabagismo etc	Responsável pelo salão paroquial Profissionais da área de educação Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais
Saber +	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes	Profissionais da área de educação Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais
“Comer bem e barato”	Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas	Secretaria de educação, nutricionista e agrônomo Secretário de saúde.	Indiferente Indiferente a favorável.	Carta de apresentação demonstrando benefícios. Carta de apresentação demonstrando benefícios.
“+ conhecimento”	Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.	Integrantes da unidade; Secretário de saúde.	Favorável Favorável	Não é necessária Requisição dos materiais
“Cuidar melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (nutricionista e	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios

	educador físico)			
“Viver melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra)	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios

Fonte: Próprio autor (2016)

6.4 - PLANO OPERATIVO

Aqui, busca-se designar os responsáveis (gerente de operação) por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

Gerente de operação é o que se responsabilizará por acompanhar a execução das ações definidas, não necessariamente ele precisa executá-las, pode e deve contar com apoio de terceiros, logo entende-se que, o ator que controla pode delegar algumas tarefas para, assim, conseguir maior produtividade.

Quadro 13: Plano operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
+ Saúde	Reduzir em 20% o número de tabagistas, sedentários e de pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas para os tabagistas	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais	Agentes, enfermeiro e médico.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação. Início das atividades com dois meses.
Saber +	População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos ACS e cuidadores	Carta de apresentação do projeto. Requisição dos materiais	Agentes, enfermeiro e o médico.	Carta de apresentação imediata. Início das campanhas com dois meses.
“Comer bem e barato”	Alimentação mais saudável a preços mais	Programa de horta doméstica; Programa de	Carta de apresentação demonstrando	Agentes de saúde Parceiros das	Confecção da carta de apresentação. Treinamento dos

	baratos. Incentivo a horta doméstica.	culinária barata.	benefícios.	campanhas.	agentes com 30 dias. Início dos programas com dois meses.
“+ Conhecimento”	Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos operativos	Treinamento da equipe; Grupos operativos	Requisição dos materiais	Enfermeiro	Confecção da carta de apresentação imediata. Início dos grupos operativos com 2 meses.
“Cuidar melhor”	Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e de educador físico	Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e atendimento individual	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Agentes e enfermeiro.	Confecção da carta de apresentação imediato. Início das atividades com dois meses.
“Viver melhor”	Redução dos níveis de ansiedade e insônia dos usuários	Acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Enfermeiro e médico	Confecção da carta de apresentação. Início do acompanhamento com dois meses.

Fonte: Próprio autor (2016)

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração do Plano Operativo fica pronto o **Plano de Ações**. Na próxima etapa, deve-se desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus instrumentos; é, também, um momento importante para o sucesso do planejamento, uma vez que é preciso desenvolver meios de se coordenar e acompanhar a evolução das operações. Esse sistema de gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Porém, como o objeto deste estudo é a elaboração do plano de ação e não sua implementação, não será apresentado um plano de gestão para ele.

Espero que com este Plano de Intervenção, a equipe de saúde da família do Bairro Boa Vista possa contribuir significativamente para o aumento da adesão dos usuários hipertensos ao tratamento proposto e, assim, reduzir os seus níveis pressóricos. Com essa redução, espera-se que ocorra menos casos de Hipertensão arterial sistêmica mal controlada e suas conseqüências, tais como cardiopatias, nefropatias e acidentes vasculares cerebrais. Logo, uma estratégia realizada na atenção primária influencia significativamente na atenção secundária e terciária, uma vez que há uma diminuição do número de pacientes que necessitam de tais recursos. Para viabilização desse plano de ação, é necessário que todos estejam motivados, tanto a equipe quanto a gestão. Com a contribuição de todos os atores envolvidos, os hipertensos da área de abrangência da ESF do Bairro Boa Vista serão beneficiados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CECILIO, L. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. Sao Paulo: HUCITEC, p.151-167, 1997.

CERVATO, A. M.; MAZZILLI, R. N.; MARTINS, I. S.; MARUCCI, M. F. N. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 3, p. 227-35, 1997.

DANTAS, A. O. **Hipertensão arterial no idoso: Fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso**. 2011. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. 2011.

FERNANDES, N. F. **A importância da equipe de saúde e o atendimento contínuo para pacientes hipertensos: uma proposta de intervenção para o município de Igarapé, MG**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. 2011.

FREITAS, M. et al. Implementação da estratégia de ensino-aprendizagem à família de paciente crônico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.2: p.146-150, mar./abr. 2002.

Gravina CF, Rosa RF, Franken RA, Freitas EV, Liberman A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. Arq Bras Cardiol 2010; 95(3 supl.2): 1-112

Jan Basile et al. Overview of hypertension in adults. Up to date Version 33.0. Disponível em: <www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults>. Acesso em 20/01/2016.

MAIA, C. O.; GOLDMEIER, S.; MORAES, M. A.; BOAZ, M. R.; AZZOLIN, K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 138-142, 2007.

PANSANI, A. P.; ANEQUINI, I. P.; VANDERLEI, L. C. M.; TARUMOTO, M. H. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta a Terceira Idade”. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 1, p. 27-31, 2005.

PICKERING, T. G. et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1. Blood pressure measurement in humans. A statement for professional from the subcommittee of professional and public education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension*, Dallas, v.45, n. 1, p. 142-161, 2005.

Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em: 15 de junho 2015.

Simão AF, Précoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 101 (6Supl.2): 1-63

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51

SIAB-SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Secretária de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. Secretária Municipal de Saúde de Januária-MG. 15 de Junho 2015.

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: 15 de junho 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). CIDADE DE JANUÁRIA. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>Acesso em: 15 de junho 2015.

PREFEITURA DE JANUÁRIA. Site do município de Januária - MG. Disponível em <http://januaria.mg.gov.br/>. Acesso em: 15 de junho 2016.

XAVIER H. T., ET ALL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol 2013.

ZIMERMAN, DE et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1997. 424p.