

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família

Priscilla Delchova Brito

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ALTO NÚMERO
DE CASOS COM CRISE HIPERTENSIVA NA UNIDADE DE SAÚDE
VILAS REUNIDAS, SABARÁ**

Belo Horizonte

2016

Priscilla Delchova Brito

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ALTO NÚMERO
DE CASOS COM CRISE HIPERTENSIVA NA UNIDADE DE SAÚDE
VILAS REUNIDAS, SABARÁ**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Estratégia
Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de
Minas Gerais – UFMG.

Belo Horizonte

2016

Priscilla Delchova Brito

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ALTO NÚMERO
DE CASOS COM CRISE HIPERTENSIVA NA UNIDADE DE SAÚDE
VILAS REUNIDAS, SABARÁ**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Edison José Corrêa, UFMG

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

Dedico este trabalho a minha família.

Ao meu querido pai Jerônimo.

À minha amada mãe Florinda.

Ao meu noivo André.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me guiou durante todo esse percurso de vida me dando oportunidades e colocando no meu caminho pessoas que apoiaram e me fizeram conhecer mais sobre o ser humano.

Aos meus pais Jerônimo e Florinda que me apoiaram na escolha da profissão.

Ao meu querido e amado noivo André que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis e nos mais agradáveis, me sustentando de carinho e compreensão.

Aos mestres, principalmente o professor Edison José Corrêa, por toda sua dedicação em orientar-me nesta jornada acadêmica.

E a todos os colegas de curso que tornaram este momento mais agradável e feliz.

“A cada dia que vivo, mas me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade”.

Carlos Drummond Andrade

RESUMO

Na oportunidade de desenvolvimento de estudos afetos à Estratégia Saúde da Família, com o foco de reorganização da atenção básica e a consequente reversão do modelo biomédico curativista, tendo por base um modelo que conceitua saúde como qualidade de vida, este projeto visa a criação de um plano de intervenção desenvolvido para a necessária diminuição do alto número de casos com crise hipertensiva que aportam na Unidade de Saúde Vilas Reunidas, situada no município de Sabará, região metropolitana de Belo Horizonte. Este trabalho foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional, tendo como objetivos a melhoria da adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão, a oportunidade de proporcionar educação em saúde e o planejamento de ações que incentivem necessárias mudanças nos hábitos de vida da comunidade. Como norte para os estudos desenvolvidos, foram pontuados os seguintes nós críticos: 1. Má adesão ao tratamento; 2. Desconhecimento da doença e 3. Estilo de vida inadequado.

Palavras chaves: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The development opportunity of affection studies at the Family Health Strategy, with a focus on reorganization of primary care and the consequent reversal of biomedical curative model, based on a model that conceptualizes health as quality of life, this project aims to create a intervention plan developed for the needed reduction in the high number of cases of hypertensive crisis that dock at the Health Unit gathered villas, located in the city of Sabara metropolitan region of Belo Horizonte. This work was based on the Situational Strategic Planning, having as objective the improvement of patient adherence to the treatment of hypertension, the opportunity to provide health education and planning actions to encourage necessary changes in community lifestyle. As north to developed studies were scored following critical nodes: 1. Poor adherence to treatment; 2. Ignorance of the disease and 3. Lifestyle inappropriate.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Health Education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Características do município de Sabará	11
1.2	Situação municipal de saúde	11
1.3	Unidade de Saúde da Família Vilas Reunidas	12
1.4	Os problemas de saúde em Vilas Reunidas – seleção do problema prioritário	13
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo geral	17
3.2	Objetivos específicos	17
4	MÉTODOS	18
5	BASES CONCEITUAIS	19
5.1	Estratégia Saúde da Família	19
5.2	Hipertensão arterial sistêmica: conceito, epidemiologia, diagnóstico e crise hipertensiva	20
5.3	Hipertensão arterial sistêmica: fatores de risco	23
5.4	Hipertensão arterial sistêmica e crise hipertensiva: bases do tratamento	25
5.5	Hipertensão arterial sistêmica: bases do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família	27
6	PLANO DE AÇÃO	28
6.1	Descrição do problema: alto número de casos com hipertensão e crise hipertensiva	28
6.2	Seleção dos “nós críticos” e desenho das operações	29
6.3	Análise de viabilidade do plano	29
6.4	Elaboração do plano operativo	32
7	CONCLUSÃO	34
8	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Na oportunidade de se realizar um estudo sobre a hipertensão, como um dos principais problemas que afetam diretamente a população brasileira, em especial a comunidade integrante do município de Sabará, em Minas Gerais, percebeu-se a real necessidade de se proporcionar uma melhoria no processo de tratamento da saúde das pessoas acometidas com crises hipertensivas e que em especial utilizam os serviços disponibilizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vilas Reunidas.

Como a comunidade abrangida pelos serviços prestados pela Unidade Vilas Reunidas constitui uma porção da sociedade mineira menos favorecida, carente de educação em saúde e com pouco acesso à informação, isso devido a diversos fatores, evidencia-se a necessidade de rever os atuais processos de trabalhos afetos ao atendimento dos pacientes hipertensos, principalmente nas questões de envolvimento e conscientização da real e necessária mudança de comportamentos habituais de vida.

Para melhor realçar a importância e a necessidade da implementação e desenvolvimento desse trabalho, Carlos Brandão, grande educador brasileiro (1982), aduz que:

[...] a Educação Popular não visa a criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa participar do esforço que já faz hoje as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC Paulista - para que a organização do trabalho político, passo-a-passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos. A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias

de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

Dessa forma, este trabalho foi desenvolvido por meio de estudos afetos aos problemas de saúde locais, considerando tratar-se de uma região com características marcantes, e com necessidades pontuais. Para tanto, entendeu-se como oportuno a identificação do problema relacionado ao alto número de pacientes com crise hipertensiva como prioritário, bem como a apresentação de um plano de intervenção para mitigação de casos clínicos e a consequente melhoria na qualidade de vida da comunidade alvo deste projeto.

1.1 Características do município de Sabará

A cidade de Sabará situada a 17 km de Belo Horizonte é um município de Minas Gerais com riquezas históricas, tendo o seu surgimento se dado pela corrida do ouro no fim do século XVII. Este pequeno povoado que servia como ponto de apoio dos bandeirantes cresceu e se desenvolveu como a maioria dos municípios sem o devido planejamento (BRASIL, 2015b).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município conta com uma população residente de 126.269 pessoas (BRASIL, 2015b).

Tem um valor de rendimento nominal médio mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes da área rural de R\$ 426,00 (quatrocentos e vinte e seis reais) e quando falamos os rendimentos *per capita* das áreas urbanas de R\$ 500,00 (quinhentos reais) dados retirados no site do Instituto acessado em novembro de 2015 (BRASIL, 2015b).

1.2 Situação municipal de saúde

O município tem muitas deficiências de saneamento básico, problemas com o desenvolvimento social, e uma não ideal qualidade no atendimento da população nos postos de saúde (BRASIL, 2015b).

Sua estrutura de saúde conta com vinte e três unidades de atendimentos vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que dezesseis são Unidades

Básicas de Saúde situadas quase na totalidade em área urbana. Existem apenas duas unidades em região rural. Existem seis pontos de atenção à saúde secundários e terciários, identificados como: Unidade de Pronto Atendimento, Centro de Especialidades Médicas, Centro de Apoio Psicossocial Adulto e Infantil, Centro Odontológico, Hospital Santa Casa e Hospital Cristiano Machado (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2015).

Apenas alguns exames laboratoriais e de imagens são realizados nos hospitais locais, sendo necessários alguns encaminhamentos para laboratórios e postos de atendimento médicos, situados fora do município, que atendem pelo SUS. No que diz respeito à assistência farmacêutica, a estrutura é bem deficitária, sendo a disponibilização de medicamentos a pacientes realizada em algumas unidades de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2015).

Apesar de não possuir uma ampla rede de atendimento, o município enfrenta problemas afetos à comunicação entre os profissionais de saúde, principalmente pela inexistência de um prontuário eletrônico, o que dificulta mais ainda o acompanhamento dos pacientes locais (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2015).

1.3 Unidade de Saúde da Família Vilas Reunidas

A Unidade de Saúde Vilas Reunidas está situada na rua Tiradentes, número 199, no bairro General Carneiro, com cobertura populacional de cerca de 20.000 pessoas. São 25 trabalhadores de saúde, atendendo a quatro equipes de Saúde da Família, das quais a Equipe azul é a da autora, com população adscrita de cerca de 5.000 pessoas. São quatro os médicos generalistas (três cubanos e uma brasileira), além de uma médica clínica geral de apoio três vezes na semana pela manhã e, duas vezes por semana um pediatra. Ademais, conta com uma enfermeira para cada equipe, quatro técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS).

As agentes comunitárias de saúde se revezam através de escalas na recepção, para atendimento ao paciente e marcação de consultas especializadas. A

unidade de saúde funciona de 07:00 às 17:00 horas, com a abertura feita pela ACS e o fechamento pelo enfermeiro.

A atuação das equipes está baseada em um cronograma de atividades, nas quais, todos os dias uma equipe está responsável pelo atendimento da demanda espontânea e os demais dias são destinados a alguns programas, tais como: visita domiciliar, pré-natal, puericulturas, exame de rastreamento do câncer de mama e colo de útero, atendimento individual em consultas agendadas e grupos hiperdia para renovação de receitas de uso contínuo.

No ano de 2015 houve a implantação da estratégia de saúde da família (ESF) na Unidade, porém as equipes permanecem incompletas devido à falta de ACS.

A unidade de saúde apresenta-se razoavelmente estruturada, com profissionais em bom nível de qualificação e motivação. Como óbice, ressalta-se uma área física inadequada considerando um acolhimento diário de mais de 150 pessoas e a carência informacional por parte da população, que não se conscientiza dos protocolos de prioridade e da importância do acompanhamento das comorbidades crônicas.

Ainda não foi possível o cadastro de toda população por falta dos ACS, e, por isso, não é possível saber ao certo o número de hipertensos existentes na região. Estima-se por meio de consulta a produções e prontuários médicos que por mês são atendidos na unidade uma média de 2.387 pacientes, sendo que destes, 777 (32,5%) estavam com hipertensão arterial e 278 (11,6%) em crise hipertensiva.

Um planejamento em saúde requer a obtenção de informações para produzir um conhecimento sobre a população estudada, sendo necessário para isso a atuação de uma equipe multidisciplinar e a participação da comunidade.

1.4 Os problemas de saúde em Vilas Reunidas – seleção do problema prioritário

Para identificar os principais problemas de saúde da população e avaliá-los em seus aspectos qualitativos e quantitativos, o Método de Estimativa Rápida foi o eleito, pois possibilitou a elaboração de um diagnóstico de saúde em tempo hábil e custo financeiro mínimo. A coleta de dados foi realizada através de registros em

prontuários, conversas com equipe de trabalho e comunidade e na observação ativa da área.

Mesmo sem ter culminado com o cadastramento em nossa área ou território de abrangência, podemos mostrar os dados preliminares como os principais problemas de saúde:

- Alto número de hipertensos com crise hipertensiva.
- Dificuldade para realização de exames.
- Espaço físico inadequado.
- Falta de medicações.
- Dificuldade na agenda com especialistas.

Para a priorização dos problemas, seguiram-se os passos sugeridos no módulo “Avaliação e planejamento das ações de saúde” (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010) uma vez que dificilmente todos poderão ser solucionados ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos humanos, materiais e financeiros.

Para os critérios de seleção levou-se em consideração a importância do problema atribuindo valor “alto, médio ou baixo”, sua urgência, com a distribuição de 30 pontos entre os problemas, e definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto. Sendo assim, após a aplicação dos critérios os problemas são numerados por ordem de prioridade (seleção), de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas de saúde observados na Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de hipertensos com crise hipertensiva	ALTA	09	PARCIAL	01
Dificuldade para realização de exames	ALTA	05	PARCIAL	04
Espaço físico inadequado	MÉDIA	03	FORA	05
Falta de medicações	ALTA	07	PARCIAL	02
Dificuldade na agenda com especialistas	ALTA	06	PARCIAL	03

Fonte: ESF Vilas Reunidas

Dentro da perspectiva do trabalho o **alto número de hipertensos com crise hipertensiva** foi o problema prioritário a receber uma proposta de intervenção, com observância de diversos fatores que contribuem para o comprometimento da saúde da população.

2 JUSTIFICATIVA

Entende-se que a aplicabilidade da proposta de intervenção para diminuir o alto número de casos de pessoas com crise hipertensiva na Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas, seja imprescindível para um efetivo controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e sua descompensação, levando-se em consideração as consequências que essa doença pode ocasionar na vida do paciente, principalmente em quadros em que haja associação com outras comorbidades. Para tanto, a conscientização de todos se faz necessária, buscando uma maior adesão do paciente ao tratamento, por meio de ações que o ajudem a compreender seu problema e seguir corretamente as condutas propostas pela equipe de saúde.

Destarte, o tema em questão apresenta importância de ser estudado pelo fato de que a implantação desta intervenção poderá melhorar a qualidade no atendimento e proporcionar melhor qualidade de vida para os pacientes envolvidos, por meio de prática de atividades preventivas e promocionais de saúde.

Ressalta-se que a proposta desse projeto justifica-se também pela necessidade da mitigação de consequências que podem advir da alta demanda espontânea de pacientes em crise hipertensiva, do risco de doença arterial crônica, de acidente vascular cerebral, de infarto agudo do miocárdio, dentre outros; afastamento do trabalho das pessoas economicamente ativas; gastos financeiros com mudanças nas medicações e superlotação em unidades de pronto atendimento.

Diante desse contexto apresentado, importa destacar que existe uma clara e evidente necessidade de se promover qualidade de vida à população, e não somente aos pacientes, mas também aos seus respectivos familiares, principalmente nos casos mais graves que resultam em sequelas.

Quanto à relevância acadêmica, este estudo se justifica porque propiciará à profissional de saúde um maior conhecimento sobre o tema proposto e também permitirá a aplicabilidade com base científica na prática diária.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor, por meio de um plano de intervenção, as ações de atendimento a pessoas hipertensas, especialmente as em crise hipertensiva, na Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas, Sabará/MG.

3.1.1 Objetivos específicos

- a) Registrar, a partir de revisão de literatura, os conceitos e riscos da hipertensão arterial sistêmica e crise hipertensiva.
- b) Implementar mecanismos para melhorar o nível de conhecimento dos pacientes acerca da hipertensão e suas complicações.
- c) Propor as ações para melhorar o processo de atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, especialmente em crise hipertensiva.
- d) Propor um processo de educação permanente fundamentado nas necessidades levantadas pela equipe de saúde associados ao referencial teórico sobre hipertensão.

4 MÉTODOS

Para a contextualização e método de seleção dos problemas de saúde foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para revisão bibliográfica a consulta à literatura científica indexada nos bancos de dados LILACS, BVS, Bireme, SciELO, dados da Unidade Básica de Saúde (UBS) e base de dados do Ministério da Saúde que versassem sobre o atendimento aos pacientes hipertensos.

Para redação do trabalho e apresentação das citações e referências foi tomado como referência o módulo do Curso de Especialização Introdução à metodologia: trabalhos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Trata-se, ainda, de uma metodologia que é similar ao enfoque probabilístico, em que os problemas são detectados e se apresentam como não estruturados, proporcionando a busca por uma solução. Diante disso, concluiu-se que o método PES é o mais apropriado para o aprofundamento do tema em foco, acreditando que os achados trarão contribuições importantes para a construção de conhecimento.

5 BASES CONCEITUAIS

Este projeto tem como proposta a apresentação de um plano de intervenção, pela equipe de Saúde da Família, em um problema considerado prioritário, **atenção aos pacientes com crise hipertensiva** na comunidade Vilas Reunidas, município de Sabará, Minas Gerais.

Para tanto, serão consideradas as evidências científicas sobre algumas questões, consideradas fundamentais:

- Estratégia Saúde da Família
- Hipertensão arterial sistêmica: conceito, epidemiologia, diagnóstico e crise hipertensiva
- Hipertensão arterial sistêmica: fatores de risco
- Hipertensão arterial sistêmica: bases do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família

5.1 Estratégia Saúde da Família

A prestação de serviços de saúde, segundo Santana (2000), é um processo que se fundamenta numa determinada composição de trabalho e para o autor, a participação dos diferentes trabalhadores que integram as equipes de saúde está modulada pela experiência acumulada ao longo de muito tempo.

Para Saupe *et al.* (2005), o trabalho na Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Um planejamento em saúde requer a obtenção de informações para produzir um conhecimento sobre a população estudada, sendo necessária para isso a atuação de uma equipe multidisciplinar e a participação da comunidade.

De acordo com Andrade *et al.* (2004), pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença com a estruturação

do trabalho em equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família. Para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.

Para Araújo e Rocha (2006), a Estratégia Saúde da Família surgiu como uma proposta de reorganização do modelo assistencial a partir de uma nova configuração do sistema de atenção básica. Este programa tem por base a atuação de uma determinada equipe de trabalhadores, em cuja composição participa tanto profissionais com graus de educação superior e médio, quanto agentes comunitários de saúde.

Acredita-se que a forma como a equipe trabalha interfere na consolidação do modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sob esta ótica, nota-se que a implantação do SUS, conforme salienta Santana (2000) constitui-se um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo.

5.2 Hipertensão arterial sistêmica: conceito, epidemiologia, diagnóstico e crise hipertensiva

Para SOUZA *et al.* (2014) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Entre elas, a HAS representa importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e está presente em 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica e em 60% dos pacientes com doença arterial periférica.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A prevalência de pessoas hipertensas no mundo é em torno de um bilhão, sendo a HAS por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

Segundo a Linha Guia sobre Hipertensão Arterial Sistêmica da Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2013), os dados levantados da população mostram uma situação muito complicada e bastante preocupante. Na população de indivíduos entre 18 e 59 anos de idade, entre 20% a 30% estão com alterações na pressão arterial e necessitam de cuidados. A questão fica mais grave na faixa etária de 60 a 69 anos, já que 50% destes estão comprometidos com a doença. Acima de 70 anos são 75% dos indivíduos fazendo uso de tratamento contra a HAS.

Estima-se que cerca de 1% da população hipertensa possa desenvolver crise hipertensiva (CH). O rastreamento para se diagnosticar a HAS deverá então ser criterioso principalmente em crianças e idosos porque podem sofrer a síndrome do avental branco – ansiedade de estar diante de um profissional da saúde, o pode alterar significativamente a PA. Para evitarmos esse problema é necessário aferir mais de uma vez, com um intervalo significativo (MINAS GERAIS, 2013).

O aparelho de medição da PA deve sempre estar devidamente calibrado. A medição da PA deve ser feita pela técnica auscultatória, usando o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide, levando-se em consideração a circunferência do braço do paciente. O Quadro 2 demonstra as medidas da bolsa de borracha de acordo com as circunferências do braço dos indivíduos (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 2 – Dimensão da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos.

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	Menor ou igual 10	4	8
Criança	11-15	6	12
Infantil	16-22	9	18
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto grande	35-45	16	32

Fonte: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica, 2013, p.33.

Defini-se HAS a partir de valores de PA sistólica igual ou maior que 140 mmHg e/ou de PA diastólica igual ou maior que 90 mmHg em medidas de consultório. As crises hipertensivas (CH) são caracterizadas pela elevação aguda da PA, sendo classificadas em emergências e urgências. Emergências hipertensivas são condições nas quais há elevação crítica da PA, associada à lesão de órgãos-alvo e risco iminente de morte. Por outro lado, nas urgências hipertensivas (UH), ocorre elevação significativa da PA (maior que 180 mmHg x 120 mmHg), em usuários clinicamente estáveis, sem comprometimento agudo de órgãos-alvo (MINAS GERAIS, 2013).

A classificação da HAS segundo os parâmetros sugeridos na Linha Guia sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, da Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2013) e pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) é feita de acordo com o Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Classificação da pressão arterial

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	Menor que 120	Menor que 80
Normal	Menor que 130	Menor que 85
Limítrofe/Pré hipertensão	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	Igual ou maior que 180	Igual ou maior que 110
Hipertensão sistólica isolada	Igual ou maior que 140	Menor que 90

Fonte: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica, 2013, p.36.

5.3 Hipertensão arterial sistêmica: fatores de risco

Para que um indivíduo venha a adquirir a HAS existem alguns fatores de risco que precisam ser levados em consideração no diagnóstico. Todos os fatores explicados a seguir foram baseados na Linha Guia sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, da Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2013). São eles:

- **Fatores genéticos** – Os fatores genéticos para a HAS estão definidos, mas não se tem as variantes genéticas que podem necessariamente ser utilizadas para saber se o paciente desenvolverá ou não a HAS;
- **Gênero e a etnia** – As mulheres possuem uma maior probabilidade de desenvolver a HAS após os 50 anos e os homens, antes dessa idade, são maioria. De acordo com a etnia a HAS é mais recorrente em indivíduos de cor branca, maior ainda nas mulheres;
- **Idade** – De acordo com o aumento da idade a incidência de HAS é maior independentemente do gênero. Acima dos 60 anos o percentual aumenta de forma significativa.
- **Sobrepeso e obesidade** – Indivíduos com índice de massa corporal (IMC= kg/m^2) entre 20 e 24,9 são considerados normais. Aqueles que estiverem entre 25 e 29,9 estarão com sobrepeso. Os obesos serão classificados como em estágio 1, 2 ou 3 quando apresentarem IMC de 30-34,9, de 35-39,9 ou igual ou superior a 40, respectivamente. A HAS pode estar associada ao sobrepeso e a obesidade, que contribuem como um fator de risco para acidentes cardiovasculares.

- **Excesso de sal** - Alguns indivíduos tem maior sensibilidade ao sal (cloreto de sódio) que outros. Para aqueles que têm uma hipersensibilidade ao sal a HAS pode acontecer mais cedo ou, mesmo com o passar dos anos, a HAS pode surgir de forma inesperada. O consumo de sal recomendado é de 5-6g ao dia para que se possa prevenir a HAS. Segue o Quadro 4 ilustrativo sobre os principais alimentos a serem evitados para o controle, ou mesmo prevenção, da HAS. Uma meta-análise realizada com dez estudos, descrita por MAZZARO *et al.* (2014), envolvendo uma amostra de 642 participantes, encontrou efeito homogêneo de intervenções em dieta sobre a pressão arterial realizadas em populações latino-americanas, demonstrando que intervenções dietéticas, como a redução da ingestão de sal e padrões dietéticos mais complexos, podem ser eficazes em reduzir a pressão arterial diastólica de populações latino-americanas.
Vários estudos afirmam que a redução do consumo de alimentos ricos em sódio causa uma redução significativa na PA de pacientes hipertensos. O Intersalt foi um dos primeiros estudos a avaliar a ingestão de sódio a partir de amostras de urina de 24 horas, tendo demonstrado uma associação positiva entre alto consumo de sódio e aumento da PA (BARROS *et al*, 2015).
- **Uso excessivo de álcool** – O excesso de bebidas alcoólicas pode aumentar significativamente a pressão arterial do indivíduo. O consumo já considerado inadequado é de 30g, ou mais, ao dia.
- **Sedentarismo** – Os indivíduos que não praticam nenhuma atividade física podem estar mais propensos à HAS. Possuem também um maior risco de doenças cardiovasculares. Sendo assim, os níveis recomendados de exercício físico estão listados no Quadro 5, baseados na I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Resumo Executivo (SIMAO *et al*, 2014).
- **Fatores socioeconômicos** – A maior ocorrência de casos de HAS está em indivíduos com menor escolaridade.

Quadro 4 – Fontes alimentares de maior teor de sódio

<ul style="list-style-type: none"> • Sal de cozinha e temperos industrializados; • Alimentos industrializados (ketchup, mostarda, shoyo, caldos concentrados); • Embutidos (salsicha, mortadela, linguiça, presunto); • Conservas (picles, azeitona, palmito); • Enlatados (extrato de tomate, milho); • Bacalhau, charque, carne-seca, defumados; • Aditivos (glutamato monossódico) utilizados em alguns condimentos e sopas de pacote; • Queijos em geral.

Fonte: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2013, p.27).

Quadro 5 - Níveis recomendados de exercício físico para promoção e manutenção da saúde

Características do exercício	Benefícios à saúde	Comentário
Menor que 150 min/semanais de intensidade leve a moderada	Algum	Algum exercício é certamente preferível ao sedentarismo
Entre 150 a 300 min/semanais de intensidade moderada	Substancial	Exercício de maior duração e/ou intensidade confere maiores benefícios
Maior que 300 min/semanais de intensidade moderada a alta	Adicional	Informação científica atual não delimita claramente um limite superior para os benefícios ou para que se torne danoso para um dado indivíduo aparentemente saudável

Fonte: I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Resumo Executivo (SIMAO, 2014, p.428).

5.4 Hipertensão arterial sistêmica e crise hipertensiva: bases do tratamento

Após o diagnóstico da HAS e da confirmação do problema, é preciso iniciar o tratamento, pois, um dos grandes problemas da HAS é o alto risco de lesionar órgãos importantes como rins e miocárdio, levando a um alto grau de comprometimento vascular. O tratamento da HAS inicial é medicamentoso. Porém existem outros métodos que podem potencializar a ação do tratamento medicamentoso (MINAS GERAIS, 2013).

Aproximadamente 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem as metas de controle da PA (menor que 140/90 mmHg). Assim, embora a relação entre elevado risco cardiovascular e HAS esteja bem definida, somente pequeno número de pacientes que utilizam medicamentos anti-hipertensivos atinge as metas de controle de PA. No Brasil, hipertensos atendidos em programas de hipertensão das unidades básicas de saúde (UBS) apresentavam somente 39% de controle da PA (menor que 140/90 mmHg) e 33% desses pacientes foram classificados como estágios 2 ou 3 de HA (PA maior que 160/110 mmHg) (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

Segundo SOUZA *et al.* (2014) o controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários estudos que ajudem a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, principalmente em pacientes com hipertensão com alto risco cardiovascular. Nesses pacientes, o controle dos agravos pode reduzir significativamente a mortalidade por essas doenças, assim como os custos do atendimento das suas complicações. Adicionalmente, o controle inadequado da pressão arterial pode aumentar o risco de crises hipertensivas com necessidade de internação hospitalar.

Para tal o paciente deve ser orientado sobre todas as causas que podem ter levado a adquirir a HAS como excesso de peso, fumo, excesso de ingestão de bebidas alcoólicas, falta de atividade física dentre outros comportamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Desta forma é necessário que uma mudança de comportamento, às vezes drástica, seja tomada. Interromper alguns comportamentos pode exigir do paciente muita força de vontade. Para tanto deve ser encaminhado para um acompanhamento multidisciplinar, de acordo com a realidade clínica do indivíduo. A equipe deve ser formada por médicos (clínicos, endocrinologistas, cardiologistas), enfermeiros, assistentes sociais, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, nutricionistas e todos aqueles que fazem parte da equipe em questão, com o objetivo de ajudar ao paciente a fazer uma transição de comportamento após o diagnóstico da HAS (MINAS GERAIS, 2013).

5.5 Hipertensão arterial sistêmica: bases do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família

A equipe de saúde da família possui uma organização e uma estrutura para atender os pacientes de acordo com a gravidade e com as necessidades do mesmo. Fica desta forma dividido a atenção aos pacientes com HAS no Centro de Saúde da Família:

- 1- **Atenção Primária a Saúde** – em que é realizado um trabalho de triagem, com os profissionais da saúde enfermeiros e agentes de saúde. Eles devem realizar o trabalho de forma a garantir o cuidado da saúde, seja no posto de saúde propriamente dito, como também inseridos na comunidade através de visitas domiciliares. Fazem o primeiro rastreamento de toda uma região especificada pela coordenação do centro de saúde; Neste processo estão os enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde envolvidos (MINAS GERAIS, 2013).
- 2- **Atenção Secundária à Saúde** - Este atendimento é destinado aos pacientes crônicos que precisam de inter consultas para garantir sua saúde e evitar o aumento de mortalidade. Estes pacientes têm acesso a exames específicos e atendimentos especializados. Pacientes que acumulem HAS e Diabetes, por exemplo, terão uma maior atenção desta equipe, pela gravidade. Na atenção secundária ficam também garantidas as pesquisas para avançar em termos de tratamento e conhecimento da doença (MINAS GERAIS, 2013).

6 PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração do Plano de Ação, ou Proposta de Intervenção, seguiram-se os passos sugeridos na Seção 3, do módulo “Avaliação e planejamento das ações de saúde” (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), definindo-se como problema a ter uma solução planejada o “alto número de casos com crise hipertensiva”.

6.1 Descrição do problema: alto número de casos com hipertensão e crise hipertensiva

Visando um adequado entendimento sobre a patologia ora estudada, alto número de casos de crise de hipertensão arterial sistêmica (HAS), e como diminuir esse índice, é imprescindível que também se considerem as causas intermediárias desse problema, ou nós críticos, situações que resolvidas ou minimizadas, interferem na resolução do problema principal.

Por meio de reuniões com a equipe diversas causas para o problema foram citadas, tanto ligadas aos pacientes como à equipe e ao processo de trabalho.

As causas relacionadas aos pacientes:

- Maus hábitos e estilos de vida: alimentação inadequada, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo
- Baixo nível de escolaridade
- Não conhecimento ou não aceitação da doença e suas consequências

Causas relacionadas aos profissionais de saúde:

- Falta de conhecimento ou de explicação da equipe a respeito da hipertensão arterial
- Não realização de grupos operativos
- Receitas ilegíveis

Causas relacionadas a carências logísticas e estruturais:

- Estrutura física inadequada para reuniões
- Falta de medicações na farmácia básica
- Dificuldade na realização de exames laboratoriais e de imagens
- Dificuldade na marcação de consultas com especialista

6.2 Seleção dos “nós críticos” e desenho das operações

Para proposição do plano de ação houve necessidade de identificação dos “nós críticos”, ou seja, as causas do problema consideradas mais importantes para o desdobramento das ações e os seus principais objetivos, a fim de se alcançar melhores resultados.

Foram definidos pela equipe de saúde como nós críticos:

1. Má adesão ao tratamento
2. Desconhecimento da doença
3. Estilo de vida inadequado

Objetivando exemplificação e detalhamento do referenciado planejamento, após a seleção dos nós críticos construiu-se o Quadro 6, que descreve as operações para enfrentamento dos problemas como também seus resultados e produtos esperados.

6.3 Análise de viabilidade do plano

Para a realização da intervenção é necessário o apoio de um grande número de pessoas. Vários são os atores que devem ser envolvidos neste projeto, tanto no nível de gerência como no de execução. Além do apoio, também é necessário o fornecimento de recursos. A equipe deve estar na sua totalidade empenhada no projeto, e a motivação deles também é favorável, pois com as mudanças haverá uma melhor qualidade de vida da população.

Sendo assim, foram identificados os autores que controlam os recursos críticos necessários para a implementação de cada operação e sua motivação. O Quadro 7 demonstra a viabilidade de cada operação.

Quadro 6 – Ações sobre os nós críticos relacionados ao problema “alto número de casos com crise hipertensiva”, relativos à Unidade de Saúde Vilas Reunidas, em S abará, Minas Gerais (2015)

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Má adesão ao tratamento	Orientações individuais	Aumentar o número de pacientes que cumpram adequadamente o tratamento.	Acompanhamento individual em consulta e domicílio	Cognitivo/Comportamento> Orientações: Incorporar o uso de medicações à rotina dos pacientes, adequando a posologia às atividades, refeições e horário que costuma dormir; utilizar porta-comprimidos; orientar automonitoramento Organizacional>Consultas e visitas domiciliares
Desconhecimento da doença	Orientações individuais	Conhecimento correto da patologia	Palestras e grupos de hipertensos Capacitação de ACS Campanha educativa na rádio Folhetos educativos	Cognitivo> Orientação Organizacional>agenda para realização de palestras e capacitações Político>articulação intersetorial e mobilização social
Estilo de vida inadequados: dieta inadequada, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo	Orientações individuais e coletivas	Mudança dos hábitos de vida e melhora do nível pressórico.	Exercícios físicos regulares, alimentação adequada e grupos educativos.	Organizacional> planejar dieta com acompanhamento nutricional e exercícios adequados com orientação do educador físico. Cognitivo> informação sobre o tema. Financeiro>aquisição de recurso audiovisual e folheto educativo

Quadro 7 – Proposta de ações de motivação dos autores para realização do projeto de intervenção na Unidade de Saúde Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais (2015).

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Melhorar adesão ao tratamento Aumentar o número de pacientes que cumpram adequadamente o tratamento.</p>	<p>Econômico ou financeiro Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>	<p>Setor de comunicação social</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar o Projeto de intervenção Educativa</p>
<p>Aumente seu conhecimento Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos da doença e suas complicações</p>	<p>Econômico ou financeiro Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. Político Articulação intersetorial e mobilização social. Organizacional Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).</p>	<p>Prefeito municipal</p> <p>Secretario Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.</p>
<p>Vida saudável Mudança dos hábitos de vida e melhora do nível pressórico.</p>	<p>Organizacional Planejar dieta e exercícios adequados Cognitivo Informação sobre o tema. Financeiro Aquisição de recurso audiovisual e folheto educativo</p>	<p>Perfeito municipal</p> <p>Secretário Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não necessário</p>

6.4 Elaboração do plano operativo

O médico, com o apoio da equipe de enfermagem, após realizar uma orientação e explicação sobre o tema, designará a cada componente da unidade suas atribuições, atividades e resultados mínimos esperados. O tempo para realização das atividades é de médio em longo prazo, com no mínimo três meses, pois as medidas devem impactar na vida do paciente, e o mesmo deve ser adequar a estas, para que possa dar seguimento a estas mudanças. A equipe irá realizar reuniões periódicas com o médico, para que o mesmo possa tirar dúvidas e observar o correto seguimento, oferecendo possíveis adequações.

Em um segundo momento, os pacientes serão mobilizados a participarem de palestras, nas quais os profissionais de saúde irão explicar sobre a doença aos pacientes, seu seguimento, dieta adequada, tratamento medicamentoso e possíveis complicações, de forma clara e com linguagem acessível, para que todos possam entender a importância do controle da HAS e aderir ao tratamento proposto. Dúvidas geradas serão respondidas no mesmo momento ajudando na compreensão do tema.

Após essa atividade, o acompanhamento será feito pelos agentes de saúde e técnicos de enfermagem, verificando o seguimento da dieta proposta, uso de medicamentos, medição da pressão e possíveis dúvidas. Aqueles que apresentarem dificuldade para realização da dieta será feito um acompanhamento mais rigoroso com a nutricionista e equipe de enfermagem.

Com o retorno dos pacientes para a consulta, com os exames solicitados, será feita a adequação das medicações, acompanhamento dos outros fatores de risco para doença aterosclerótica e se necessário encaminhar para o cardiologista.

Quadro 8 – Resultados esperados, responsáveis e prazos relacionados aos nós críticos do problema “alto número de casos com crise hipertensiva”, relativos à Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais (2015).

Nós críticos / Operação	Resultados	Responsáveis	Prazo
Orientações individuais	Aumentar os pacientes que tratam adequadamente.	Médico/Enfermeiro e agentes de saúde	06 meses/01 ano
Orientações individuais	Conhecimento correto da patologia	Médico/Enfermeiro	03 meses
Mudança no estilo de vida	Melhorar o nível pressórico.	Médico/Enfermeiro e agentes de saúde	06 meses/01 ano

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que para o sucesso dessa intervenção na unidade de saúde em análise, existe a necessidade de conscientização e capacitação de toda equipe, para a realização de avaliação e acompanhamento de cada paciente, utilizando-se para isso ferramentas que possibilitem um melhor registro e controle das intercorrências.

Como apresentado no trabalho os principais nós críticos como a má adesão ao tratamento, o não conhecimento da doença pelos pacientes e principalmente o estilo de vida inadequado dos moradores da região devem ser tratados um a um para que o projeto seja implantado com sucesso. É imprescindível a inserção do paciente e seus familiares no processo do tratamento, informando-o sobre a importância do saber e atingir os níveis pressóricos almejados.

Somente com a união dos profissionais de saúde e colaboração de todos os envolvidos será possível a realização desta intervenção para que a comunidade da unidade de saúde Vilas Reunidas seja beneficiada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. *et al.* A Estratégia Saúde da Família. In: **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. Disponível em:
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 2 abr. 2015.
- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-64, 2006. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0304.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2015.
- BARROS, C. L. A. et al. Impacto da Substituição de Sal Comum por Sal Light sobre a Pressão Arterial de Pacientes Hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 104, n. 2, p. 128-135, fev. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2016.
- BRANDÃO, C. R. Lutar com a palavra: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal, 1982. Apud VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde, In: . BRASIL. Ministério da Saúde, Caderno de Educação Popular e Saúde, 2007, p.21. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em 15 fev. 2016.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Cidades. Minas Gerais. Sabará**, [online], 2015 b. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315670&search=minas-gerais|sabara>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2015a. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2015.htm>. Acesso em: 18 maio 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/24. Acesso em: 2 abr. 2015.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Introdução à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 8 abr. 2015.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/>. Acesso em: 12 out. 2015.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 100, n. 4, p. 335-361, abr. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2016.

MAZZARO, C. C. *et al.* Intervenções em Dieta e Pressão Arterial na América Latina - Revisão Sistemática e Meta-Análise. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 102, n. 4, p. 345-354, abr. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde do adulto**. Linha Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica, 2013. Disponível em: <http://www.imepen.com/wp-content/uploads/2012/04/Linha-Guia.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ. **Plano Saúde Municipal. Sabará/Minas Gerais**. Disponível em: Secretaria Saúde Sabará. Consultado em: 30 nov. 2015.

SANTANA, J. P. de. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1950.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.521-36, Set/Dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

SIMAO, A. F. *et al.* I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.100 no.1 supl.2 São Paulo jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0066-782X20130008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** vol. 95 no. 1 supl.1 São Paulo 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001. Acesso em: 21 mar. 2015.

SOUZA, C. S. *et al.* Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 6, p. 571-578, jun. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000600007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2016.

VASCONCELOS, M. ; GRILLO, M. J.C.; SOARES, S. M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001366>. Acesso em: 11 out. 2015.