

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

KARLYENNE GOMES CARVALHO

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA PARA MELHOR CONTROLE DA
HAS E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES EM
USUÁRIOS DA ESF VIDA MELHOR DO MUNICÍPIO DE BOCAIÚVA-
MG**

BOCAIÚVA – MG

2014

KARLYENNE GOMES CARVALHO

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA PARA MELHOR CONTROLE DA
HAS E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES EM
USUÁRIOS DA ESF VIDA MELHOR DO MUNICÍPIO DE BOCAIÚVA-
MG**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

BOCAIÚVA – MG

2014

KARLYENNE GOMES CARVALHO

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA PARA MELHOR CONTROLE DA
HAS E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES EM
USUÁRIOS DA ESF VIDA MELHOR DO MUNICÍPIO DE BOCAIÚVA-
MG**

Banca Examinadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof^a. Daclé Vilma Carvalho (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: 14_/06_/2014__

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta Universidade pela oportunidade de realizar o curso, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram um horizonte superior, pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

A minha orientadora Prof.^a Daniela Coelho Zazá pelo suporte, correções, incentivos e empenho dedicado na elaboração do TCC.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos os meus colegas de trabalho, em especial os funcionários da ESF Vida melhor do Município de Bocaiúva – MG.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para que os usuários da Estratégia Saúde da Família Vida Melhor realizem mudanças no estilo de vida a fim de obter melhor controle da hipertensão e redução de complicações cardiovasculares. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: falta de conhecimento da população sobre a hipertensão; alimentação inadequada; sedentarismo; não utilização de protocolos clínicos; falta de capacitação dos profissionais de saúde. Após seleção dos nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos **“Mais conhecimento”** para aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão; **“Alimentação equilibrada”** para estimular e incentivar a modificação de hábitos alimentares; **“Mais atividade física”** para estimular e incentivar a prática de atividade física; **“Linha guia – hipertensão”** para aumentar o nível de qualidade do processo de trabalho da equipe no atendimento ao hipertenso; **“Capacitação profissional”** para implantar capacitação permanente em saúde para os profissionais de saúde. Acredita-se que este plano de ação tenha condições de aumentar o nível de informação da população a respeito da hipertensão e também estimular e incentivar a modificação de hábitos de vida. Além disso, acredita-se que este plano de ação contribuirá para um serviço de melhor qualidade para os hipertensos.

Palavras chave: hipertensão, doença cardiovascular, atenção primária.

ABSTRACT

This study aimed to develop an action so that users of the Vida Melhor Family Health Strategy undertake changes in lifestyle in order to get better control of hypertension and reduction of cardiovascular complications. In this study we selected the following critical node: lack of knowledge of the population about the hypertension; inadequate nutrition; sedentary lifestyle; no use of clinical protocols; lack of training of health professionals. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects **“More knowledge”** to increase the level of public information about hypertension; **“Balanced diet”** to stimulate and encourage the modification of eating habits; **“More physical activity”** to stimulate and encourage physical activity; **“Guide line – hypertension”** to increase the quality level of the working process in care of hypertensive patients; and **“Professional training”** to implement permanent training in health for health professionals. It is believed that this action plan is able to increase the level of public information about hypertension and also stimulate and encourage the modification of lifestyle. In addition, it is believed that this action plan will also contribute to better quality of service for hypertensive patients.

Keywords: hypertension, cardiovascular disease, primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Estágios da hipertensão	12
Quadro 1	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vida Melhor	14
Quadro 2	Descritores do problema priorizado	15
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados	16
Quadro 4	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados ..	17
Quadro 5	Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos	17
Quadro 6	Elaboração do plano operativo	18

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	Justificativa	10
1.2	Objetivo	10
1.3	Metodologia	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	11
2.2	Hipertensão Arterial Sistêmica e doenças cardiovasculares	11
3	PLANO DE AÇÃO	14
3.1	Definição dos problemas	14
3.2	Priorização de problemas	14
3.3	Descrição do problema selecionado	14
3.4	Explicação do problema	15
3.5	Seleção dos nós críticos	15
3.6	Desenho das operações	15
3.7	Identificação dos recursos críticos	17
3.8	Análise da viabilidade do plano	17
3.9	Elaboração do plano operativo	18
3.10	Gestão do plano	19
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

Em agosto de 2004 ingressei no curso de graduação em enfermagem na Faculdade FUNEDI/UEMG e concluí o mesmo em junho de 2008. O início da minha trajetória profissional na área da saúde ocorreu no ano de 2009 na Estratégia Saúde da Família (ESF) Vida Melhor em Bocaiúva, Minas Gerais.

Bocaiuva está situada no interior do estado de Minas Gerais, cerca de 369 km ao norte da capital Belo Horizonte. Sua população é de aproximadamente 48.974 habitantes, distribuídos em uma área de 232.660 km².

A ESF Vida Melhor localiza-se na região norte do município de Bocaiúva. A unidade abrange em seu território 1.295 famílias, perfazendo um total de 3.590 pessoas cadastradas. Desta população adstrita 79% fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS). Na área de abrangência da ESF Vida Melhor, as ruas são pavimentadas, existe rede de água e esgoto, energia elétrica e coleta de lixo. Em apenas uma pequena parte da área de abrangência da zona rural, o lixo é queimado e o abastecimento de água é feito através de poços artesianos.

Estão com hipertensão arterial sistêmica (HAS) 569 pessoas, entre adultos e idosos e 95 estão com diabetes mellitus (DM).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle e é um dos principais fatores de risco para desenvolver doença cardiovascular.

A doença cardiovascular representa no Brasil a maior causa de mortes. E essa taxa tende a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, principalmente, pelos hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo (BRASIL, 2006).

A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Desta forma, como o número de usuários com HAS na ESF Vida Melhor é elevado viu-se a necessidade de elaborar medidas de intervenção para mudanças no estilo de vida da população como forma de melhorar o controle da hipertensão e reduzir complicações cardiovasculares.

1.1 Justificativa

Como a HAS não tem cura, exige tratamento para a vida toda (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). Sendo assim, pretende-se desenvolver um plano de ação para aumentar o nível de informação dos usuários da ESF Vida Melhor sobre a hipertensão, além de criar oportunidades para que eles realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da pressão arterial e também a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares.

Torna-se importante enfatizar que a adesão ao tratamento sofre influência de fatores próprios do paciente, de sua relação com os membros da equipe multiprofissional de saúde e do contexto socioeconômico (COELHO; NOBRE, 2006).

1.2 Objetivo

Elaborar um plano de ação para que os usuários da ESF Vida Melhor do município de Bocaiúva realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da HAS e redução de complicações cardiovasculares.

1.3 Metodologia

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional no período de outubro a novembro de 2013. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010). Em um segundo momento foi realizada a revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Finalmente, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para que os usuários da ESF Vida Melhor do município de Bocaiúva realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da HAS e redução de complicações cardiovasculares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hipertensão arterial sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Trata-se de uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular (MINAS GERAIS, 2006). Por ser uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

De acordo com a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013), no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%). Em ambos os sexos o diagnóstico de hipertensão arterial foi mais frequente com o aumento da idade (BRASIL, 2013). Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida (VAZ; MARQUES; POLÔNIA, 2012).

Os fatores de risco para a HAS podem ser classificados em dois grupos: os fatores não modificáveis e os fatores modificáveis. Dentre os fatores não modificáveis estão a hereditariedade, a idade e a raça e entre os fatores modificáveis estão o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão de sal e de álcool, a obesidade e o estresse (MINAS GERAIS, 2006).

A principal estratégia para o tratamento da HAS é o processo de educação, pois a educação irá contribuir para a aquisição do conhecimento o que poderá contribuir para mudanças de comportamento tanto em relação à doença quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular (MINAS GERAIS, 2006).

2.2 Hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares

A alta prevalência de doenças cardiovasculares e suas múltiplas causas desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas (GAMA *et al.*, 2010).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil e são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos (MANSUR; FAVARATO, 2012). Além disso, apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão é um fator independente de risco para doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE), aterosclerose, retinopatia e nefropatia (COELHO; NOBRE, 2006). De acordo com Carvalho *et al.* (2010) o regime pressórico persistente elevado ao longo do tempo, mesmo nos indivíduos assintomáticos, resulta em importante morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares.

A determinação do risco cardiovascular depende da classificação do estágio da hipertensão (tabela 1) assim como da presença de fatores de risco cardiovascular (tabagismo, dislipidemia, diabetes, idade acima de 60 anos, etc.), lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (MINAS GERAIS, 2006).

Tabela 1 - Estágios da hipertensão.

	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Grau 1 (leve)	140 - 159	90 – 99
Grau 2 (moderada)	160 - 179	100 – 109
Grau 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004).

Para a estratificação do risco cardiovascular na hipertensão arterial são definidas quatro categorias (MINAS GERAIS, 2006).

- Grupo de baixo risco: homens < 55 anos e mulheres < de 65 anos, com hipertensão de grau I e sem fatores de risco.
- Grupo de risco médio: Portadores de HAS grau 1 ou 2, com 1 ou 2 fatores de risco cardiovascular.
- Grupo de risco alto: portadores de HAS grau 1 ou 2 que possuem 3 ou mais fatores de risco e também portadores de hipertensão grau 3 sem fatores de risco.

- Grupo de risco muito alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), mudanças no estilo de vida reduzem não só a pressão arterial, mas também a mortalidade cardiovascular.

3 PLANO DE AÇÃO

3.1 Definição dos problemas

O diagnóstico situacional da ESF Vida Melhor evidenciou os seguintes problemas entre os usuários: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes Mellitus (DM), transtorno mental, problemas respiratórios, tabagismo, dislipidemia, câncer, problemas circulatórios e adolescentes grávidas.

3.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram priorizados. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vida Melhor.

Problema	Importância	Urgência (0-5)	Capacidade de enfrentamento da equipe
Hipertensão arterial sistêmica	Alta	5	Parcial
Diabetes	Alta	4	Parcial
Transtorno Mental	Alta	4	Parcial
Adolescentes grávidas	Alta	4	Parcial
Dislipidemia	Alta	3	Parcial
Problemas circulatórios	Alta	3	Parcial
Tabagismo	Alta	2	Parcial
Problemas respiratórios	Alta	2	Parcial
Câncer	Alta	1	Parcial

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.3 Descrição do problema selecionado

Após priorizar todos os problemas deve-se descrever o problema selecionado como principal. O quadro 2 apresenta os descritores do problema priorizado (Hipertensão arterial sistêmica).

Quadro 2: Descritores do problema priorizado.

Descritores	Valores	Fonte
Hipertensos cadastrados	569	SIAB
Hipertensos confirmados	569	SIAB
Hipertensos acompanhados	300	SIAB
Hipertensos controlados	150	SIAB

3.4 Explicação do problema

Na ESF Vida Melhor, o principal problema encontrado foi o número de usuários com hipertensão arterial. Acredita-se que este elevado número de hipertensos possa estar relacionado, principalmente, ao estilo de vida das pessoas (alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, excesso da ingestão de sal e álcool, obesidade e o estresse). Esses fatores de risco não controlados podem aumentar o risco cardiovascular que pode provocar o aumento da invalidez, aposentadoria precoce e aumento da morbimortalidade.

3.5 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de usuários com HAS na ESF Vida Melhor:

- Falta de conhecimento da população sobre a doença;
- Alimentação inadequada;
- Sedentarismo;
- Não utilização de protocolos clínicos;
- Falta de capacitação dos profissionais de saúde.

3.6 Desenho das operações

Para a solução dos nós críticos foram estabelecidas algumas operações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF Vida Melhor. No quadro 3 estão apresentados os desenhos das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de conhecimento da população sobre a doença	“Mais conhecimento” Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão.	População mais informada sobre a hipertensão e os riscos quando a mesma não está controlada	Campanhas educativas, divulgação constante de informações sobre hipertensão.	Organizacional: envolvimento da equipe, organização da agenda. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógica
Alimentação inadequada	“Alimentação equilibrada” Estimular e incentivar a modificação de hábitos alimentares.	Aumentar o número de hipertensos com alimentação mais equilibrada.	Campanhas educativas através de grupos operativos.	Organizacional: organização de grupos operativos Cognitivo: informação sobre o tema Político: parceria com nutricionista do NASF
Sedentarismo	“Mais atividade física” Estimular e incentivar a prática de atividade física	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.) pelo menos três vezes por semana.	Organizacional: organização de grupos operativos Político: parceria com Profissional de Educação Física do NASF
Não utilização de protocolos clínicos	“Linha guia – hipertensão” Adotar a linha guia: saúde do adulto – hipertensão – como referência.	Padronização das consultas, garantia de atendimento de qualidade a população.	Recursos humanos capacitados	Cognitivo: para elaboração e implementação do protocolo Político: articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.
Falta de capacitação dos profissionais de saúde	“Capacitação profissional” Implantar capacitação permanente em saúde para os profissionais de saúde.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade.	Capacitação dos profissionais de saúde (enfermeiro, médico, ACS, técnico de enfermagem, dentista e auxiliar de consultório dentário)	Organizacional: envolvimento da equipe Político: apoio e sensibilização dos gestores.

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.7 Identificação dos recursos críticos

No quadro 4 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações. Os recursos críticos são essenciais para a execução do projeto, entretanto, não estão disponíveis inicialmente.

Quadro 4 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
“Mais conhecimento”	Organizacional: organização da agenda. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.
“Alimentação equilibrada”	Organizacional: organização de grupos operativos. Político: parceria com nutricionista do NASF.
“Mais atividade física”	Organizacional: organização de grupos operativos. Político: parceria com Profissional de Educação Física do NASF.
“Linha guia – hipertensão”	Cognitivo: para elaboração e implementação do protocolo. Político: articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.
“Capacitação profissional”	Político: apoio e sensibilização dos gestores.

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.8 Análise da viabilidade do plano

O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Quem Controla	Motivação	
“Mais conhecimento”	Organizacional: organização da agenda. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.	Equipe da ESF Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
“Alimentação equilibrada”	Organizacional: organização de grupos operativos.	Equipe da ESF	Favorável	Não é necessária

	Político: parceria com nutricionista do NASF.	Equipe da ESF juntamente com NASF	Favorável	Apresentar o projeto
“Mais atividade física”	Organizacional: organização de grupos operativos. Político: parceria com Profissional de Educação Física do NASF.	Equipe da ESF Equipe da ESF juntamente com NASF	Favorável Favorável	Não é necessária Apresentar o projeto
“Linha guia – hipertensão”	Cognitivo: para elaboração e implementação do protocolo. Político: articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.	Equipe da ESF Coordenador da atenção primária à saúde	Favorável Favorável	Não é necessária Não é necessária
“Capacitação profissional”	Político: apoio e sensibilização dos gestores.	Coordenador da atenção primária à saúde	Favorável	Apresentar o projeto

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.9 Elaboração do plano operativo

O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Profissionais Envolvidos	Prazo
“Mais conhecimento” Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão.	População mais informada sobre a hipertensão e os riscos quando a mesma não está controlada	Campanhas educativas, divulgação constante de informações sobre hipertensão.	• Enfermeiro • Médico • Técnico de enfermagem • ACS	• Início com 4 meses
“Alimentação equilibrada” Estimular e incentivar a modificação de hábitos alimentares.	Aumentar o número de hipertensos com alimentação mais equilibrada.	Campanhas educativas através de grupos operativos.	• Enfermeiro • Médico • Técnico de enfermagem • ACS • Nutricionista do NASF	• Início com 4 meses
“Mais atividade física” Estimular e incentivar a prática de atividade física	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de	• Enfermeiro • Técnico de enfermagem • ACS • Profissional de Educação Física	• Início com 4 meses

		caminhada, dança, etc.) pelo menos três vezes por semana.		
“Linha guia – hipertensão” Adotar a linha guia: saúde do adulto – hipertensão – como referência.	Padronização das consultas, garantia de atendimento de qualidade a população.	Recursos humanos capacitados	• Enfermeiro • Médico	Início com 6 meses
“Capacitação profissional” Implantar capacitação permanente em saúde para os profissionais de saúde.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade.	Capacitação dos profissionais de saúde (enfermeiro, médico, ACS, técnico de enfermagem, dentista e auxiliar de consultório dentário)	• Enfermeiro • Coordenador da ABS	• Apresentar um projeto ao gestor de saúde em até 3 meses

Fonte: Autoria Própria (2014)

3.10 Gestão do plano

A gestão do plano possibilita o acompanhamento, discussão e reorientação das ações, se necessário. Pretende-se com este plano de ação aumentar o nível de informação dos hipertensos da ESF Vida Melhor sobre os riscos relacionados à hipertensão, assim como orienta-los a adotarem hábitos saudáveis de vida incluindo alimentação equilibrada e prática de atividade física. Além disso, pretende-se também capacitar os profissionais de saúde para oferecerem aos hipertensos serviços de qualidade, como por exemplo, padronização das consultas.

Sendo assim, será realizado um acompanhamento do plano de ação através de atividades semanais e mensais. Será criada uma lista de presença para registrar toda semana os usuários presentes nos grupos operativos. Além disso, será realizada uma reunião da equipe por mês para discussão das atividades desenvolvidas e da capacitação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo ficou evidenciado que a hipertensão apresenta fatores de risco classificados como modificáveis e não modificáveis e que apesar da hipertensão não ter cura, a atuação nos fatores modificáveis pode melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

Sendo assim, acredita-se que este plano de ação tenha condições de aumentar o nível de informação da população a respeito da hipertensão e também estimular e incentivar a modificação de hábitos de vida. Além disso, acredita-se que este plano contribuirá também para oferecer aos hipertensos um serviço de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.08, n.02, p.259-272, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 136 p.
- CAMPOS, F.C.; FARIAS, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- CARVALHO, A.C.A. Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v.9, supl.1, p.73-77, 2010.
- COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p. 51-54, 2006.
- FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.23, n.6, p.782-787, 2010.
- GAMA, G.G.G.; MUSSI, F.C.; GUIMARÃES, A.C. Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.4, p.650-655, 2010.
- MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**. v.99, n.2, p.755-761, 2012.
- MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 198 p.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.82, supl. IV, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. p.1-48, 2006.

VAZ, I.R.; MARQUES, J.; POLÓNIA, J. **Reações adversas cardiovasculares: hipertensão.** Guia de reações adversas a medicamentos, 2012. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fufs.br%2F%2FguiaCardio%2FHipertens%25C3%25A3o.pdf&ei=L8xoU_OjA5WksQSg-4HgBA&usq=AFQjCNGDBS7cyXrKPHFlxh-VyTgidTS8bA Acesso em: 06/05/14.