

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

NORLAND ARMANDO SALINAS NUÑEZ

**RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES MAIORES DE 50 ANOS
NA ESF BELA VISTA DO MUNICÍPIO GOVERNADOR VALADARES-
MG.**

NORLAND ARMANDO SALINAS NUÑEZ

**RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES MAIORES DE 50 ANOS
NA ESF BELA VISTA DO MUNICÍPIO GOVERNADOR VALADARES-
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.

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

NORLAND ARMANDO SALINAS NUÑEZ

**RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES MAIORES DE 50 ANOS
NA ESF BELA VISTA DO MUNICIPIO GOVERNADOR VALADARES-
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.

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi (UFMG).

Examinador 2: Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

DEDICATÓRIA

A Deus pelo dia de hoje, pela minha família, pelo trabalho e por sua presença na minha vida.

A meu filho por dar-me forças para lutar todos os dias.

À população de Bela Vista por receber-me de braços abertos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por sua ajuda em todo momento, misericórdia e amor.

À minha Família, pelo carinho e apoio.

Aos membros de nossa equipa de saúde e à população de nossa área de Bela Vista pela compreensão e mostras de respeito.

Aos professores da turma pelos esclarecimentos e sugestões.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, muito agradecido de todo coração.

"Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos".

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença poligênica e multifatorial, que pode causar lesão nos órgãos-alvo. É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica. Estima-se que as doenças cardiovasculares (DCV) sejam a causa principal de mortalidade no mundo e no Brasil. Estimativas de Brasil informam que um em cada cinco indivíduos tem hipertensão arterial. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é desenvolver um plano de intervenção com vistas a reduzir o risco cardiovascular em pacientes maiores de 50 anos na ESF Bela Vista do município de Governador Valadares. O estudo foi desenvolvido por meio de levantamento de dados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da ESF e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. A partir deste estudo vai ser possível identificar os fatores de risco cardiovascular em pacientes hipertensos na área de abrangência com o objetivo de elaborar uma agenda assistencial, valorizando as visitas domiciliares e palestras educativas, e além disso traçar um plano de ação dirigido a melhorar a situação de saúde existente. Esperamos que a partir do estudo possamos compreender um pouco mais sobre as complicações do sistema cardiovascular dos pacientes hipertensos em seu contexto, refletindo sobre ações e estratégias de prevenção que possa minimizar esse problema.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), fatores de risco cardiovascular, estratégias de prevenção.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a polygenic and multifactorial disease, which can cause damage to target organs. It is an important risk factor for diseases caused by atherosclerosis and thrombosis, which are externalized predominantly by cardiac involvement, cerebral, renal and vascular peripheral. The hypertension is responsible for 25 and 40% of the multifactorial etiology of ischemic heart disease. It is estimated that cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of mortality worldwide and in Brazil. Brazil estimates report that one in five people has high blood pressure. Thus, the objective of this work is to develop an action plan aimed at reducing cardiovascular risk in patients over 50 years of both sexes in the FHS Bela Vista do Governador Valadares. The study was conducted through data collection by Flash Estimate method using three main sources: written records of the ESF unit and secondary sources, interviews with key informants and active viewing area. From this study, it will be possible to identify the cardiovascular risk factors in hypertensive patients in the catchment area in order to draw up a care schedule, valuing home visits and educational talks, and besides draw an action plan aimed at improving the situation existing health. We expect from the study can understand a little more about the complications of the cardiovascular system of hypertensive patients in their context, reflecting on actions and prevention strategies that can minimize this problem.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension (SAH), cardiovascular risk factors, prevention strategies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA	12
1.2 OBJETIVO.....	14
1.3 METODOLOGIA.....	15
2. REFERENCIAL TEORICO.....	17
2.1 HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTEMICA	17
2.2 COMPLICAÇÕES ASOCIADAS A HIPERTENÇÃO ARTERIAL	18
2.3 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR	18
3.PLANO DE INTERVENÇÃO	20
4.CONCIDERAÇÕES FINAIS.....	41
5.REFERENCIAS	

1. INTRODUÇÃO

Minas Gerais é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo o quarto estado com a maior área territorial e o segundo em quantidade de habitantes. Seu território é subdividido em 853 municípios. O município de Governador Valadares é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais. De acordo com IBGE, Brasil (2010), Governador Valadares tem uma população de 276,995 hab., e uma área total de 2357,07 km², a concentração habitacional está estimada em 111,83 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), seu valor é de 0,772. A população é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo. A renda per capita da população era de R\$678,74 em 2010, a extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00 reais) é de 3,43% em 2014. O Abastecimento de Água Tratada é de 94,45% nos domicílios pela rede geral de abastecimento de água. O recolhimento de esgoto por rede pública e coleta de lixo é de, 82,15%. O PIB per capita é de R\$ 9 884, 10.6, o 153º maior do Brasil, destacando-se na área de prestação de serviços, já que o município não possui nenhuma indústria de grande porte implantada. O índice de alfabetização de adultos é de 81,19% e a taxa bruta de frequência escolar na cidade é de 81,19%. O município conta com 10 centros de referência, possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais, na cidade, existem 2 hospitais especializados (ambos privados) e 7 gerais, sendo 1 público, 2 filantrópicos e 4 privados. A rede de atenção básica do município possui 10 unidades Básicas de Saúde tradicional e 45 estratégias de saúde de família.

A comunidade de Bela Vista possui 1048 famílias cadastradas, para um total de 3.160 pessoas. No enfoque social temos alta incidência de pacientes que consomem álcool e alguns de consumo de narcóticos principalmente em mulheres maiores de 50 anos, mas apesar do alto índice de delitos e violência que teve num passado este município nestes momentos goza de melhor segurança e pouco delito. Além disso, temos alta incidência de crianças com parasitismo intestinal e alta prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres maiores de 50 anos. As principais causas de morte em nosso posto são complicações cardiovasculares de

doenças crônicas como hipertensão, diabetes e outras, assim como também os acidentes de trânsito.

1.1 JUSTIFICATIVA

Escolheram-se as complicações cardiovasculares da Hipertensão Arterial como o principal problema de saúde de ESF Bela Vista porque predomina a Hipertensão Arterial como doença crônica em nossa população. Segundo informações da CNESnet (2014), existem um total de 511 casos, ou seja, o 16.2 % do total da população; ademais, dessa totalidade de hipertensos, um 9.8 % apresentaram Insuficiência Cardíaca e Infarto Agudo de Miocárdio para um total de 50 pacientes.

Nossa equipe decidiu atuar sobre os nós críticos porquê dessa maneira podem ser evitadas complicações consequentes da hipertensão arterial descompensada, ou seja, atuar sobre os hábitos e estilos de vida porque os maus hábitos dietéticos, a falta de exercícios físicos, a vida sedentária, consumo de álcool e tabagismo são fatores encontrados na população; além disso o nível de informação do paciente e o conhecimento dos principais fatores de risco da mesma é qualificado como deficiente, a imensa maioria dos doentes não conhece como enfrentá-los e a repercussão no seu organismo; também no processo de trabalho temos dificuldades no comprometimento da equipe, na promoção e educação em saúde. Foi um fato que chamou atenção da equipe e determinamos seja fruto de um estudo mais profundo o qual achamos muito interessante porque poderia trazer grandes mudanças no estilo de vida e grandes benefícios a saúde da comunidade que é a nossa maior aspiração.

Considerou-se necessária a realização de uma investigação que aborde esta situação e refletir como se comporta a hipertensão e as complicações cardiovasculares desta população e assim conhecer os fatores determinantes de sua qualidade de vida e projetar estratégias que permitam sua melhoria.

Segundo o Ministério da Saúde,

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem

estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão arterial. É a chamada hipertensão secundária (BRASIL, 2006, p.7).

Devido a sua cronicidade, a HAS exige um acompanhamento e controle ao longo da vida de seu portador. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença em um estágio mais avançado, apresentando graves complicações como: infarto agudo miocárdio, acidente vascular cerebral e doenças renais dentre outras (ARAÚJO&GARCIA, 2006).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo são fundamentais para o controle da hipertensão e a redução de complicações. No Brasil, existe um número razoável de hipertensos que desconhecem a doença, que abandonam o tratamento ou não fazem o controle adequado por falta de condições financeiras, desinformação e dificuldades assistenciais (ASSIS, 2002).

No Brasil, as doenças do coração e dos vasos (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico) constituem a primeira causa de morte, e desde a década de 1960 elas têm sido mais comuns que as doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, diarreias agudas, broncopneumonias, entre outras) (BRASIL, 2001).

Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Todavia, conforme mencionado, há fatores ambientais, comportamentais e genéticos associados à HAS e classificados em não modificáveis (sexo, idade, raça, história familiar) e em modificáveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, ingestão elevada de sódio, estresse e diabetes). Consoante a classificação, o estilo de vida e os hábitos alimentares inadequados são os maiores responsáveis pela carga de morbidade e, quando interagem com a PA não controlada, aumentam o risco cardiovascular (WAEBER; BRUNNER, 2001).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 GERAL:

- Desenvolver um plano de intervenção com vistas a reduzir o risco cardiovascular em pacientes maiores de 50 anos na ESF Bela Vista do município de Governador Valadares.

1.2.2 ESPECIFICOS:

- Identificar os fatores de risco cardiovascular em pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Bela Vista.
- Elaborar uma agenda assistencial, valorizando as visitas domiciliares e palestras educativas.
- Traçar um plano de ação dirigido a melhorar a situação de saúde existente.

1.3 METODOLOGIA

Considerando a relevância da temática abordada o presente trabalho teve como metodologia uma pesquisa bibliográfica baseada em consultas de fontes diversas. A proposta de intervenção foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da ESF Bela Vista e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. A principal fonte de dado foram os registros escritos. Os prontuários médicos foram revisados e catalogados nos diversos problemas identificados como mais relevantes e urgentes.

Para a composição da Revisão de Literatura, utilizou-se de literatura narrativa sobre os fatores de risco cardiovascular e as consequências da HAS por meio de pesquisa em livros e revistas publicados pela imprensa escrita e disponibilizados pelas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre outras fontes como por exemplo os dados do SIAB, DATASUS e IBGE, durante o primeiro quadrimestre de 2015. Foram utilizados como indexadores os seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), fatores de risco cardiovascular, estratégias de prevenção. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. A partir daí procedeu-se leitura minuciosa dos resumos que enfocavam o tema, e foram escolhidos aqueles documentos que mais se aproximavam dos objetivos.

Para elaboração de proposta de intervenção, mais condizente com a realidade do município inicialmente foram utilizados para levantamento de dados, o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do programa Hiperdia além das agendas de trabalhos da Equipe de Saúde da Família. O SIAB é alimentado a partir da Ficha A, de preenchimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS), atualizado mensalmente. Nas agendas são registrados os trabalhos de prevenção, informação e conscientização a serem realizados pela Equipe de Saúde. Ressalta-se que o ACS é informante chave, pois possui uma ligação direta com a população, faz levantamento de possíveis motivos da não adesão aos projetos de conscientização, prevenção e informação sobre as doenças não transmissíveis e agravos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipo e hipertireoidismo. Os ACS's

possuem uma folha de produção e um caderno de anotações para registro de ocorrências adversas, que juntamente à agenda de trabalho do enfermeiro, da unidade de saúde e folha de produção do médico, serão utilizados para levantamento do número de portadores de hipertensão arterial que necessitaram de atendimento e procuraram pelo serviço de saúde.

Seguidamente da identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência foi necessário priorizar um problema, isso não significa que os outros não são importantes, mas no momento o que tem preocupado a equipe são as complicações cardiovasculares em pacientes hipertensos. Para priorizar o problema foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe. Buscando elaborar uma proposta de intervenção mais condizente com a realidade da Equipe de Bela Vista.

Após este processo foi realizada uma proposta para elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe da ESF Bela Vista. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico do Plano de Intervenção.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Dessa maneira, esta doença ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas (ARAÚJO & GARCIA, 2006). Raramente manifesta algum sintoma ou desconforto físico, e isso constitui uma das razões do hipertenso não aderir às condutas necessárias ao seu controle, pois os mesmos só percebem que estão doentes, quando qualquer alteração na qualidade de vida as impeças de realizar suas atividades normais (SANTOS *et al*, 2005). Damasceno (2010), explica que por ser tratar de uma patologia de curso assintomático isto faz com que os pacientes negligenciem o tratamento, podendo levar a complicações cardiovasculares.

Segundo a VI DBH (2010), hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, cuja pressão arterial sistólica atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou pressão arterial diastólica seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Porém, a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg representa uma variável linear, contínua e independente que se associa positivamente com o risco cardiovascular. A seguir, a classificação diagnóstica da PA em indivíduos maiores de 18 anos (Quadro 1).

Quadro 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109

Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: VI DBH (2010).

2.2 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À HIPERTENSÃO ARTERIAL: As doenças cardiovasculares.

De acordo com a classificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBC (2001), doença cardiovascular é toda alteração que venha modificar a hemodinâmica do sistema circulatório. Como DCV incluem-se: a doença arterial coronariana, o acidente vascular encefálico, a doença arterial periférica, as doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva (KANDEL, 2000).

Cabe ressaltar: as doenças cardiovasculares representam um problema a ser enfrentado no cotidiano da saúde coletiva. Contudo, muitas vezes, o processo silencioso e multifatorial da aterogênese só se tornará perceptível ao usuário após o advento de complicações nas quais a qualidade de vida poderá ser irremediavelmente comprometida ou até ocorrer à morte (SÁ, 2009).

Por fim, vale salientar: as mudanças nos padrões de morbimortalidade na população impõem, constantemente, novos desafios para os gestores da saúde e para outros setores governamentais, cujas ações tenham repercussão na ocorrência dessas doenças (MALTA; CEZARIO; MOURA, 2006). No entanto, a vigilância de fatores de risco e de doenças permite detectar tendências no tempo e no espaço geográfico e planejar ações preventivas em saúde pública (PESSUTO, 1998).

2.3 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

A expressão fatores de risco refere-se a um conceito que vem conquistando espaço crescente no campo das doenças cardiovasculares. Aproximadamente 80% destes agravos podem ser justificados ou explicados pela presença de fatores de risco intrínsecos (não susceptíveis a modificação, como: idade, sexo, raça e hereditariedade) ou extrínsecos (podem ser modificados ou atenuados com mudanças no estilo de vida e/ou medicamentos, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo e dislipidemia), os quais

predispõem o indivíduo à ocorrência de DCV (PANSANI *et al.*, 2005; VI DBH, 2010).

Entre os fatores de risco modificáveis, a HAS revela-se como um dos mais significativos para o desenvolvimento de complicações. Segundo Van Eyken e Moraes (2009), ela é considerada o principal fator para as doenças isquêmicas cardíacas e para o acidente vascular encefálico, e está associada a 47% e 54% dos casos, respectivamente.

Outro fator de risco modificável importante é o tabagismo. Conforme estimativa da OMS, um terço da população mundial adulta é fumante (WHO, 2004). Este hábito talvez seja a principal causa de morte evitável no mundo, em virtude da sua atuação como precursor de diversas doenças.

Tal como o hábito de fumar, a inatividade física, a obesidade e o sobrepeso também vêm sendo ressaltados pela OMS como forte entrave ao controle das doenças cardiovasculares. Consoante estudos, o sedentarismo, embora de forma dependente de outros fatores, é responsável por 22% das doenças isquêmicas cardíacas e a obesidade e o sobrepeso já atingiram 1 bilhão de pessoas no mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER INCA, 2004).

3. PLANO DE INTERVENÇÃO

Todo método de planejamento apresenta etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo (CARDOSO *et al*, 2008).

Portanto, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, é necessário que realize a construção do plano de ação, seguindo passo a passo conforme descrito abaixo (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Primeiro Passo

Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da ESF Bela Vista e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. A principal fonte de dado foram os registros escritos. Os prontuários médicos foram revisados e catalogados nos diversos problemas identificados como mais relevantes e urgentes. Além disso, foram analisados dados do SIAB e do IBGE acerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região. (Quadro 2).

Após a coleta de informações, o médico, juntamente com sua equipe, definiu os principais problemas de saúde existentes na região.

Quadro 2- Apresenta as fontes de dados para a determinação dos principais problemas em saúde da comunidade ESF Bela Vista, Governador Valadares, MG.

Problema	Registros	Entrevista	Observação
Complicações cardiovasculares da hipertensão arterial em pacientes maiores de 50 anos	Prontuário médico SIAB	Sim	Sim
Complicações vasculares em diabéticos insulino dependentes	Prontuário médico	Sim	Sim
Alto consumo de psicofármacos em mulheres maiores de 30 anos	Prontuário médico	Sim	Sim
Alta incidência de crianças com parasitismo intestinal	Prontuário médico	Sim	Sim

Prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres maiores de 50 anos	Prontuário médico	Sim	Sim
--	-------------------	-----	-----

Fonte: Autoria Própria (2015).

Segundo Passo:

Após identificação dos principais problemas encontrados na área de abrangência foi necessário priorizar um problema, isso não significa que os outros não são importantes, mas no momento o que tem preocupado a equipe são as complicações cardiovasculares da hipertensão arterial em pacientes maiores de 50 anos. Para priorizar o problema foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (Quadro 3).

A ordem dos problemas de saúde, depois de identificados e priorizados em conjunto com a equipe de saúde foi:

1- Complicações cardiovasculares da hipertensão arterial em pacientes maiores de 50 anos:

Em nossa população observa-se um alto índice de complicações como Insuficiência Cardíaca Congestiva, Infarto Agudo do Miocárdio e a Hipertrofia Ventricular Esquerda principalmente em pacientes com Hipertensão Arterial descompensada devido aos hábitos e estilos de vida inadequados como uso de bebidas alcoólicas, tabaquismo, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de café, alimentação pouco saudável e não cumprimento do tratamento médico.

2- Complicações vasculares em diabéticos insulíndependentes:

Em nossa comunidade há um grande número de pacientes com diabetes mellitus insulíndependentes com complicações como vasculares periféricas, doenças coronárias e cerebrovasculares devido ao não cumprimento da terapia medicamentosa, dieta inadequada, tabaquismo, obesidade, sedentarismo e pouco conhecimento das complicações da doença.

3- Alto consumo de psicofármacos em mulheres maiores de 30 anos:

Temos em nossa população um grande número de pacientes geralmente mulheres maiores de 30 anos que devido fundamentalmente a situações econômicas, sociais apresentam ansiedade, depressão e fazem uso inadequados de psicofármacos com pouco conhecimento de efeitos adversos do seu uso inadequado.

4- Alta incidência de crianças com parasitismo intestinal: Temos alto índice de meninos com parasitismo intestinal devido às más condições higiênicas dos alimentos, água, situação econômica desfavorável.

5- Prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres maiores de 50 anos: Temos alto índice de doenças osteomioarticulares fundamentalmente em mulheres postmenopáusicas como: a Osteopenia, Osteoporoses, Artroses, etc., devido a alimentação inadequada, trabalho pesado, obesidade, sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e consumo inadequados de alguns medicamentos como esteroides.

Quadro 3-Priorização dos principais problemas detectados na ESF Bela Vista, Governador Valadares, MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Complicações cardiovasculares da hipertensão arterial em pacientes maiores de 50 anos	Alta	7	Parcial	1
Complicações vasculares em diabéticos insulino dependentes	Alta	5	Parcial	2
Alto consumo de psicofármacos em mulheres maiores de 30 anos	Meia	5	Parcial	3
Alta incidência de crianças com parasitismo intestinal	Meia	4	Parcial	4
Prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres maiores de 50 anos	Meia	3	Fora	5

Fonte: Autoria Própria (2015).

Terceiro passo:

Buscando elaborar uma proposta de intervenção mais condizente com a realidade da Equipe de Bela Vista, com o objetivo de caracterizar nosso problema, foram analisados dados como do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município Governador Valadares, onde no mês de agosto de 2014, onde

apresentou um total de 511 casos de hipertensão arterial, ou seja, o 10.2 % do total da população, portanto predomina a Hipertensão Arterial como doença crônica em nossa população; ademais, dessa totalidade de hipertensos, 9.8 % apresentaram Insuficiência Cardíaca e Infarto Agudo de Miocárdio para um total de 50 pacientes.

Considerando o Agente Comunitário de Saúde como o vínculo direto entre o serviço de saúde e a população, os mesmos são informantes-chave para levantamento das possíveis causas de não adesão aos programas educativos e os principais agentes causadores dessas patologias. Analisando ainda os dados levantados por eles nota-se que aproximadamente 38% da população não conhecem ou desconsideram os fatores de risco da hipertensão arterial e suas complicações cardiovasculares.

Foi um fato que chamo atenção da equipe e determinamos seja fruto de um estudo mais profundo o qual achamos muito interessante porque poderia trazer grandes mudanças no estilo de vida e grandes benefícios a saúde da comunidade que é nossa maior aspiração. Considerou-se necessária a realização de uma investigação que aborde esta situação e refletir como se comporta a hipertensão nos pacientes desta população e assim conhecer os fatores determinantes de sua qualidade de vida e projetar estratégias que permitam sua melhoria.

Quarto passo:

Para entender a gênese do problema que se pretende enfrentar é preciso partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

Causas relacionadas ao paciente:

- Escolaridade.
- Baixo nível de informação sobre a doença.
- Baixo nível sócio econômico.
- Sedentarismo.
- Baixa adesão ao tratamento.
- Alcoolismo.
- Dificuldade de seguir as orientações.

- Alimentação não saudável.
- Resistência para mudança do estilo de vida.
- Traços culturais persistentes.
- Outras.

Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe:

- São realizadas poucas atividades educativas de promoção e prevenção de doenças dirigidas aos portadores de doenças crônicas.
- A equipe não possui relatórios que especifiquem quais os principais fatores causadores e/ou influenciadores de doenças crônicas.
- Insuficiente conhecimento das complicações de doenças crônicas como a hipertensão arterial.

Quinto passo:

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. O “nó crítico” é a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS *et al*,2014).

Resumindo foram considerados os nós críticos:

Nó Crítico: NC

NC1: Baixa informação.

NC2: Falta de assistência ao paciente hipertenso.

NC3: Hábitos de vida inadequados.

NC4: Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

Sexto passo:

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos:

- Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos.
- Identificar os resultados esperados e os produtos esperados.
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 4- Desenho das operações para os “nós críticos” do problema complicações cardiovasculares da hipertensão arterial em pacientes maiores de 50 anos, ESF Bela Vista, Governador Valadares, MG.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>NC1</p> <p>Baixo nível de informação</p>	<p>Pressão ótima:</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e complicações da hipertensão descontrolada.</p>	<p>População informada sobre os riscos de uma pressão arterial descontrolada</p>	<p>-Melhorar o nível de informação da população;</p> <p>-Campanhas educativas na rádio local;</p> <p>-Grupos Operativos;</p> <p>-Capacitação dos ACS;</p> <p>-Fornecimento de controle da Pressão arterial.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local.</p> <p>Econômico: Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos</p>
<p>NC2</p> <p>Falta de assistência ao paciente hipertenso</p>	<p>Elaborar agenda programada:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da secretaria estadual de saúde.</p>	<p>Agendas organizadas;</p> <p>Atendimento com horários flexíveis;</p> <p>Satisfação do usuário tendo uma melhor adesão.</p>	<p>-Controle das receitas médicas;</p> <p>-Monitoramento das prescrições medica;</p> <p>-Criação do fichário rotativo para renovação das receitas;</p> <p>-Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa;</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão;</p>

			<p>-Controle pressórico adequado;</p> <p>-Baixo índice de riscos cardiovasculares.</p>	<p>envolvimento da equipe.</p> <p>Econômico: Aquisição de agendas e atas.</p>
<p>NC3</p> <p>Hábitos de vida inadequados</p>	<p>Viver melhor:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis;</p> <p>Diminuir o índice de pacientes sedentários e obesos;</p> <p>Estimular a colaboração entre serviços públicos de saúde e de esportes (atividade física);</p>	<p>-Programação de caminhada orientada e ginástica,</p> <p>-Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; tabagismo e alcoolismo.</p> <p>-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.</p>	<p>Econômico: Financiamento dos folhetos educativos.</p> <p>Organizacionais: Organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão.</p>
<p>NC5</p> <p>Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequada para enfrentar o problema</p>	<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial</p>	<p>Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente.</p>	<p>-Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde;</p> <p>-Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com a comunidade;</p> <p>-Estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão dos</p>	<p>Econômico: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e materiais para capacitação;</p> <p>Organizacionais: Reorganização do funcionamento da unidade.</p> <p>Cognitivos: Sensibilização da equipe.</p>

			<p>pacientes a terapia;</p> <p>-Discutir e implantar junto a equipe ações de monitoramento dos pacientes hipertensos: visitas domiciliares, consultas de enfermagem e medica e avaliação das entregas de medicamentos.</p>	<p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.</p>
--	--	--	--	---

Fonte: Autoria Própria (2015).

Sétimo Passo

O objetivo neste passo foi identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Considerando a proposta de ações apresentadas acima, é perceptível que os gastos a serem demandados para a execução deste projeto de intervenção são totalmente viáveis. Pois a Secretaria de Saúde já dispõe de recursos humanos para as operações, além do que os recursos materiais, como material de escritório (papel, caneta) são também serão fornecidos por ela, considerando os benefícios a serem alcançados. Ainda é válido lembrar que a mesma já dispõe de computadores, telões e projetores multimídias, que podem ser usados na apresentação de palestras caso necessário.

Quadro 5- Recursos críticos para o problema complicações cardiovasculares da hipertensão arterial em pacientes maiores de 50 anos, ESF Bela Vista, Governador Valadares, MG.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
<p>Pressão ótima:</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e complicações da hipertensão descontrolada.</p>	<p>Organizacionais:</p> <p>Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio.</p> <p>Cognitivos:</p> <p>Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p> <p>Políticos:</p> <p>Apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local.</p> <p>Econômico:</p> <p>Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos</p>
<p>Elaborar agenda programada:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.</p>	<p>Organizacionais:</p> <p>Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos:</p> <p>Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo.</p> <p>Políticos:</p> <p>Apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p> <p>Econômico:</p> <p>Aquisição de agendas e atas.</p>
<p>Viver melhor:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Econômico:</p> <p>Financiamento dos folhetos educativos.</p> <p>Organizacionais:</p> <p>Organização da caminhada; Implantação da</p>

	<p>agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão.</p>
<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial</p>	<p>Econômico: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e materiais para capacitação;</p> <p>Organizacionais: Reorganização do funcionamento da unidade.</p> <p>Cognitivos: Sensibilização da equipe.</p> <p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

Oitavo Passo

Foi realizada a análise de viabilidade do plano porque o autor que está planejando não controla todos os recursos necessários, sendo assim ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano.

Quadro 6- Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Pressão ótima:</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e complicações da hipertensão descontrolada.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local.</p> <p>Econômico: Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos</p>	<p>Coordenação de Atenção Primária.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	Favorável	<p>Apresentar o projeto para a secretaria de saúde e discutir os resultados com os gestores.</p> <p>Realizar campanhas de humanização do atendimento, capacitação de profissionais da rede de atenção.</p>
<p>Elaborar agenda programada:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.</p>	<p>Organizacionais: Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p> <p>Econômico: Aquisição de agendas e atas.</p>	<p>Coordenador da atenção primária de saúde.</p> <p>Secretário Municipal de saúde.</p> <p>Equipe de saúde da família, Profissionais multidisciplinares.</p>	Favorável	<p>Apresentar o Projeto para a Secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica para avaliar os resultados positivos das novas diretrizes de atendimento integral aos pacientes hipertensos da população.</p>

<p>Viver melhor:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida.</p>	<p>Econômico: Financiamento dos folhetos educativos.</p> <p>Organizacionais: Organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema estratégia de comunicação.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Equipe da Saúde da Família.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Coordenação de Atenção Primária.</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para secretaria de saúde, conselho municipal de saúde e o prefeito.</p>
<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial</p>	<p>Econômico: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e materiais para capacitação;</p> <p>Organizacionais: Reorganização do funcionamento da unidade.</p> <p>Cognitivos: Sensibilização da equipe.</p> <p>Políticos: Apoio e sensibilização dos gestores.</p>	<p>Coordenação de Atenção Primária.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o Projeto para a Secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica.</p>

Fonte: Autoria Própria (2015).

Nono passo

O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações.

Quadro 7 - Elaboração do Plano Operativo.

Plano operativo ESF Bela Vista					
Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Pressão ótima:</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e complicações da hipertensão descontrolada.</p>	<p>População informada sobre os riscos de uma pressão arterial descontrolada;</p> <p>Baixo índice de pacientes com níveis pressóricos alterados.</p>	<p>-População informada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, sintomas e tratamento.</p> <p>-Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da pressão arterial descontrolada.</p> <p>-Grupos Operativos para levantamento de possíveis hipertensos.</p> <p>-Treinamento periódico das Agentes Comunitárias de Saúde.</p> <p>-Fornecimento de cartão de controle de Pressão arterial.</p>	<p>Apresentar o projeto para a secretaria de saúde e discutir os resultados com os gestores.</p> <p>Realizar campanhas de humanização do atendimento.</p> <p>Capacitação de profissionais da rede de atenção.</p>	<p>Medico.</p> <p>Enfermeiro.</p> <p>Técnicos de Enfermagem.</p> <p>ACS.</p>	<p>3 meses subsequentes.</p>

<p>Elaborar agenda programada:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.</p>	<p>Diminuição do número de usuários sedentários.</p> <p>Conscientização da população sobre a importância de hábitos saudáveis.</p> <p>Parcerias entre os serviços públicos de saúde e de esportes.</p> <p>Parcerias entre os serviços públicos de saúde e de assistência social.</p>	<p>-Controle das receitas médicas;</p> <p>-Monitoramento das prescrições medica;</p> <p>-Criação do fichário rotativo para renovação das receitas;</p> <p>-Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa;</p> <p>-Controle pressórico adequado;</p> <p>-Baixo índice de riscos cardiovasculares.</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de saúde, Apresentação.</p> <p>Discussão dos dados.</p> <p>Realizar campanhas que incentive a pratica de atividade física.</p>	<p>Coordenação da atenção básica.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermeiro.</p>	<p>2 meses subsequentes.</p>
---	--	---	--	---	------------------------------

<p>Viver melhor:</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida.</p>	<p>População mais informada sobre a hipertensão arterial e à importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.</p>	<p>-Programação de caminhada orientada e ginástica,</p> <p>-Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; tabagismo e alcoolismo.</p> <p>-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.</p>	<p>Apresentar o projeto a secretaria municipal de saúde e Prefeitura Municipal.</p> <p>Discutir com a equipe os resultados esperados e analisá-los.</p> <p>Construir alternativas de atendimento aos portadores de doenças crônicas da área de abrangência, controlando a participação desses nos grupos educativos e de atividade física.</p>	<p>Enfermeiro</p> <p>Técnicos de enfermagem e ACS.</p> <p>Equipe de educador físico.</p>	<p>3 meses subsequentes.</p>
<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial</p>	<p>Capacitação de 100% da equipe</p>	<p>-Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente.</p>	<p>Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde;</p> <p>Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com a comunidade;</p> <p>Estabelecer junto à equipe estratégias que possam</p>	<p>Médico.</p> <p>Enfermeiro.</p>	<p>2 meses subsequentes.</p>

			<p>favorecer a adesão dos pacientes a terapia;</p> <p>Discutir e implantar junto a equipe ações de monitoramento dos pacientes hipertensos: visitas domiciliares, consultas de enfermagem e médica e avaliação das entregas de medicamentos.</p>		
--	--	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015).

Décimo passo

Neste momento é descrita a gestão do plano, cujos objetivos discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos a serem utilizados se necessário. Após a implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação.

Quadro 8- Acompanhamento do Plano de Ação

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<p>Pressão ótima:</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e complicações da hipertensão descontrolada.</p>	<p>-População informada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, sintomas e tratamento.</p> <p>-Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da pressão arterial descontrolada.</p> <p>-Grupos Operativos para levantamento de possíveis hipertensos.</p> <p>-Treinamento periódico das Agentes Comunitárias de Saúde.</p> <p>-Fornecimento de cartão de controle de Pressão arterial.</p>	Medico.	Novembro 2015.	<p>-A comunidade não conhece as doenças crônicas e suas possíveis complicações.</p> <p>-Mortalidade relacionado às doenças transmissíveis e agravos, complicações cardiovasculares da hipertensão.</p>	<p>Necessidade de orientar, sensibilizar e capacitar à população e equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial e das complicações cardiovasculares consequentes da hipertensão descompensada.</p>	2 meses subsequentes.

<p>Elaborar agenda programada:</p> <p>Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Controle das receitas médicas; -Monitoramento das prescrições medica; -Criação do fichário rotativo para renovação das receitas; -Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa; -Controle pressórico adequado; -Baixo índice de riscos cardiovasculares. 	Medico.	Outubro 2015.	Insuficiente aplicação das novas diretrizes de atendimento aos pacientes hipertensos com fatores de risco cardiovascular.	Necessidade de implementar medidas de atendimento mais eficientes para um atendimento focado na prevenção de complicações cardiovasculares em pacientes hipertensos.	2meses subsequentes.
---	--	---------	---------------	---	--	----------------------

<p>Viver melhor: Modificar hábitos e estilo de vida.</p>	<p>-Programação de caminhada orientada e ginástica,</p> <p>-Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; tabagismo e alcoolismo.</p> <p>-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.</p>	<p>Medico.</p>	<p>Novembro 2015.</p>	<p>A comunidade não pratica atividades físicas e em sua maioria não possui hábitos alimentares saudáveis.</p>	<p>Faz-se necessário:</p> <p>Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física e também o auto cuidado.</p> <p>Conscientizar a população importância de hábitos saudáveis.</p> <p>Estimular a colaboração entre os serviços públicos de saúde e de esportes.</p>	<p>3 meses subsequentes.</p>
---	---	----------------	-----------------------	---	--	------------------------------

<p>Saber mais</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial</p>	<p>-Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente.</p>	<p>Medico.</p>	<p>Outubro 2015.</p>	<p>Dificuldade da equipe de orientar, estimular o paciente pelo seu auto cuidado, dificultando o tratamento.</p>	<p>Necessidade de orientar, sensibilizar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.</p>	<p>2 meses subsequentes.</p>
--	---	----------------	----------------------	--	---	------------------------------

Fonte: Aatoria Própria (2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde da família possui um papel importante no controle das doenças crônicas. No caso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o controle e a prevenção de suas complicações torna-se um desafio para as Equipes de Saúde da Família, levando em consideração a mudança de hábitos e estilos de vida para o usuário portador da doença. A dinâmica proposta pela Estratégia de Saúde da Família, voltada para prevenção, constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando-se as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações.

O estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência da ESF Bela Vista com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS, constatando uma realidade similar da brasileira. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar aos profissionais para dar um apoio maior e necessário aos pacientes com hipertensão.

Com base no trabalho, concluiu-se que:

- A HAS tem grande incidência na área de abrangência da equipe;
- Para reduzir o índice de agravamento da situação é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias;
- Será necessário muito envolvimento e empenho da equipe da ESF no sentido de mobilizar a comunidade, dando início ao movimento em prol da mudança de hábitos;
- É necessária a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais, para a realização das ações conjuntas;
- Espera-se que esta proposta de intervenção possibilite uma redução da morbidade e mortalidade relacionada com a hipertensão da ESF Bela Vista, e melhora na qualidade de vida dos portadores da doença.

A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu a formulações propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas. A elaboração do plano de intervenção na ESF Bela Vista foi de muita importância para poder traçar metas e ações e serem executados por uma equipe

multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado e os usuários com a finalidade de melhorar suas qualidades de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 6, p. 149-177.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço e atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Rev. Min. Enf.** v. 15, n. 1/2, p. 73-81, 2001.

AMERICAN HEARTH ASSOCIATION-AHA. Disponível em: <<http://www.heart.org/>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

ARANTES, R. L. Avaliação do risco cardiovascular em pacientes com doença renal crônica – Importância e limitação dos diferentes métodos. **Rev. Bras. Hipertens.** v.15, n. 3, p. 173-176, 2008.

ARAÚJO, G.B. S; GARCIA, T.R. Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** v. 08, n. 02, p. 259 - 272, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 maio 2011.

ASSIS, M. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: URJ, 2002. Disponível em: <<http://www.crdeunati.uerj.br>>. Acesso em :01 outubro 2011.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.

AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 84, n. 3, p. 206-213, mar. 2005.

BERWANGER, O. Estratificação de risco cardiovascular: necessitamos de novos marcadores para identificação do paciente de alto risco? **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, ano XIV, n. 6, set. /dez. 2005.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, dez. 2008.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 13, n. 2, p. 134-143, abr./jun. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**-Cadernos de Atenção Básica nº15. Brasília, D.F.2006, 58 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos institucionais - **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, D.F. 2001, 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 7 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília (DF), 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 14).

BRASIL Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual-HIPERDIA_1.5_M_02.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes**

Mellitus (DM): Protocolo. Brasília, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, n. 7).

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 07 de mar. 2014.

CNESNET. Secretaria de Atenção a Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Identificação. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3127702222108> Acesso em: sept. 2014.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

COSTA, M. F. F. L. e; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D. C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 18-26, nov. 2009.

COTTA, R. M. M.; BATISTA, K. C. S.; REIS, R. S.; SOUZA, G. A.; DIAS, G.; CASTRO, F. A. F.; ALFENAS, R. C. G. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. Informações de Saúde. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade (mortalidade proporcional por grupos de causas).** Brasília. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2008/c04.def>>. Acesso em: 10 out. 2010a.

_____. Informações de Saúde. Ministério da Saúde. **Indicadores de morbidade e fatores de risco. Proporção de internações hospitalares no SUS – Brasil.** Brasília. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d13.def>>. Acesso em: 30 maio 2010b.

_____. Informações de Saúde. Ministério da Saúde. **Indicadores Demográficos (Censos, contagens e projeções inter-censitárias)**: População residente no Brasil, Regiões e Unidades Federativas). Brasília. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/a11fb.htm>>. Acesso em: 30 maio 2010c.

DIAS, T. *et al.* Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte. **Rev. bras. epidemiol.** vol.17 supl.1 São Paulo 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi >. Acesso em: 05/01/2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE-DGS. Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. Divisão de Qualidade. **Risco global cardiovascular**. Lisboa, 2007. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=11179>>. Acesso em: 15 maio 2010.

DOSSE, C.; CESARINO, C. B.; MARTIN, J. F. V.; CASTEDO, M. C. A. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, n. 17, v. 2, p. 201-206, mar./abr. 2009.

DUARTE, M. T. C.; CYRINO, A. P.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; NEMES, M. I. B.; IYDA, M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, ago. 2010.

ECKEL, R. H. Obesidade e doenças cardíacas: comunicado para profissionais de saúde do Comitê de Nutrição, American Heart Association. **Circulation**, v. 96, p. 3248-3250. 1997.

FERREIRA, S. R. G.; MOURA, E. C. de; MALTA, D. C.; SARNO, F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 98-106, 2009.

FORMAN, J. P.; STAMPFER, M. J.; CURHAN, G. C. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. **JAMA**, v. 302, n. 4, p. 401-11, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencaoBasica_PSF.asp>. Acesso em: 15 jul. 2010.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V. da; ORTEGA, K. C.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. São Paulo: Roca, 2004.

HAJJAR, I.; KOTCHEN, J. M.; KOTCHEN, T. A. Hypertension: trends in prevalence, incidence, and control. **Annu. Rev. Public Health**, v. 27, p. 465-490, 2006.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n. 2, p. 223-229, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais, Brasil – Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/estadosat/ Acesso em: 24/ago/2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2010a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009, antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010b.

_____. **Global Adult Tobacco Survey (GATS)**. Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?petab/petab.def>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

_____. **Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009b. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 25. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCA. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro,

2004.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.88, abr. 2007. Suplemento 1.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia: básica e clínica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1008 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LATERZA, M. C.; RONDON, M. U.; NEGRÃO, C. E. Efeito anti-hipertensivo do exercício. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 14, n. 2, p. 104-111, 2007.

LEITE, F. T. **Metodologia científica: iniciação à pesquisa científica.** Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2004.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 13, p. 39-46, 2006.

_____. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIMA, E. M. O. **Efeito do tratamento clínico sobre os índices de risco cardiovascular em indivíduos infectados pelo HIV.** 2008. 78 f. Tese (Doutorado em Ciências, área de concentração em Cardiologia) –Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LIMA-COSTA, M. F. F.; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D.C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 18-26, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 5, p. 637-642, 2004.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares.

Rev. Méd. São Paulo, v. 87, n. 4, p. 232-237, out. /dez. 2008.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**: diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. 252 p.

MAFRA, F.; OLIVEIRA, H. Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. **Rev. Port. Clin. Geral**, v. 24, p. 391-400, 2008.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MAGNANINI, M. M. F.; NOGUEIRA, A. R.; CARVALH, M. S.; BLOCH, K. V. Monitorização ambulatorial da pressão arterial e risco cardiovascular em mulheres com hipertensão resistente. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 92, n. 6, p. 484-489, 2009.

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 paul. enferm.**, v. 20, n. 2, p. 138-142, 2007.

MALTA, D. C.; CEZARIO, A. C.; MOURA, L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, jul./set. 2006.

MASCARENHAS, C. H. M.; REIS, L. A.; SOUZA, M. S. Avaliação do risco de doença coronariana em adultos e idosos no município de Lagêdo do Tabocal / BA. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 15-20, jan./abr. 2009.

MATOS, M. F. D.; SILVA, N. A. S.; PIMENTA, A. J. M.; CUNHA, A. J. L. A. Prevalência dos fatores de risco para a doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 82, n. 1, p. 1-4, 2004.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial**: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)–Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MION JR., D.; KOHLMANN, J. R. O.; MACHADO, C. A.; AMODEO, C.; GOMES, M. A. M.; PRAXEDES, J. N. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal do Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 10 de março de 2012.

MOCHEL, E. G.; ANDRADE, C. F.; ALMEIDA, D. C.; TOBIAS, A. F.; CABRAL, F.; COSSETTI, R. D. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luiz (MA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-101, 2007.

MONTEIRO, C. A.; MOURA, E. C.; JAIME, P. C.; LUCCA, A.; FLORINDO, A. A.; FIGUEIREDO, I. R. C.; BERNAL, R.; SILVA, N. N. da. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevista telefônica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, jan. 2005.

MOREIRA, T. M. M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará. 2003. 260 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

NASCENTE, F. M. N.; JARDIM, P. C. B. V.; PEIXOTO, M. R. G.; MONEGO, E. T.; MOREIRA, H. G.; VITORINO, P. V. O.; SOUZA, W. K. S. B.; SCALA, L. N. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2010.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e de caso-controle. In: _____. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 8, p. 127-145.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Cuidados inovadores para as condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília, 2004.

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”. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 27-31, jan./mar. 2005.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, Jan. 1998. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000100006>.

PIERIN, A. M. G.; MARRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1389-1400, 2011. Suplemento 1.

PIERIN, A. M.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L. V. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 100-103, 2004.

PIÑEIRO, F.; GIL, V.; DONIS, M.; OROZCO, D.; TORRES, M. T.; MERINO, I. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico em las dislipemias. **Aten. Primaria**, v. 19, p. 465-468, 1997.

RABELLO, C. C. P.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre a medida da pressão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 2, p. 127-134, 2004.

RAMOS, A. L. S. L. **Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005**. 2008. Dissertação (Mestrado)—Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fortaleza, 2008.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; MOORE, P. K. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.13, p.2299-2306, 2008. Suplemento 2.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 17, p. 131-134, 2008.

ROSÁRIO, T. M. do; SCALA, L. C. N. S.; FRANÇA, G. V. A. de; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SÁ, C. R. **A avaliação do perfil de risco cardiovascular pelo escore de Framingham em uma amostra da população adulta no Município de Mateus Leme (MG)**. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) –Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SALGADO FILHO. **Especialista destaca importância da avaliação do risco cardiovascular**. Publicada em: 10 abr. 2009. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br>>.

SANTA-HELENA, E. T. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC**. 2007. Tese (Doutorado) –Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTOS, I. S. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não-transmissíveis e Rede Carmen**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; STEVENS, A. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília, 2010.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série G. **Estatística e Informação em Saúde**. Brasília-DF 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_atencao_basica_sia

b2006_p1.pdf. Acesso em: 10/02/2015.

SILVA JÚNIOR, J. B.; GOMES, F. B. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: _____. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 10, p. 289-311.

SILVA, T. R.; FELDMAM, C.; LIMA, M. H.; NOBRE, M. R.; DOMINGUES, R. Z. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutico em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, set. /dez. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA-SBC. **Campanha “Eu sou 12 por 8”**. Disponível em: <<http://www.eusou12por8.com.br/campanha.aspx>>. Acesso em: 5 out. 2011.

_____. **Programa Nacional de Prevenção e Epidemiologia, Brasil, 2001**. Disponível em: <<http://cardiol.br/funcor/epide/epidemio.htm>>. Acesso em: 9 set. 2010.

SOUSA, F. F. A.; ABREU, R. N. D. C. de; COSTA, F. L. P. da; BRITO, E. M. de; VASCONCELOS, S. M. M.; ESCUDEIRO, S. S.; MOREIRA, T. M. M.; MONTEIRO, M. G. S. Pessoas em recuperação do alcoolismo: avaliação dos fatores de risco cardiovasculares. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 01-14, 2009.

SOUZA, A. R. A.; COSTA, A.; NAKAMURA, D.; MOCHETI, L. N.; STEVENATO, F. P. R.; OVANDO, L. A. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande – MS. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

SOUZA, W. A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial**. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Campinas, Campinas, SP, 2008.

SOUZA, W. K. S. B. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. **Rev. Bras. Hipertens.** v, 11, p. 115-116, 2004.

TAVARES, D. M. S.; PEREIRA, G. de A.; IWAMOTO, H. H.; MIRANZZI, S. de S. C.; RODRIGUES, L. R.; MACHADO, A. R. M. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm.** Florianopolis, v. 16, n. 1, p. 32-39, jan. /mar. 2007.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-V DBH. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**. São Paulo: SBH, 2006.

VAN EYKEN, E. B. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 111-123, jan. 2009.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL-VI DBH. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 17, n. 1, p. 07-60, jan./mar. 2010.