

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

RENE ESTEBAN ROJAS RODRIGUEZ

**ELEVADA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE ADULTOS
NO PSF FELICIO DOS SANTOS - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

RENE ESTEBAN ROJAS RODRIGUEZ

**ELEVADA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE ADULTOS
NO PSF FELICIO DOS SANTOS - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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: Prof^a Dr^a Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

RENE ESTEBAN ROJAS RODRIGUEZ

**ELEVADA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE ADULTOS
NO PSF FELICIO DOS SANTOS - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profª Drª Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Prof. Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

Dentre os problemas com grande incidência entre os brasileiros estão as doenças cardiovasculares. Estas se constituem em todos os tipos de males que afetam o coração e vasos sanguíneos tornando-se importante causa de morte, principalmente entre os idosos. As doenças cardiovasculares se apresentam através de moléstias como: hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, entre outras. Os motivos do desenvolvimento e do aumento das doenças cardiovasculares, segundo o Ministério da Saúde, estão relacionados à alimentação inadequada, vida sedentária, obesidade, entre outros. A estimativa rápida realizada apresenta em primeiro lugar a presença das doenças cardiovasculares. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para a redução da incidência de doenças cardiovasculares em adultos. Inicialmente foi realizada revisão de literatura como embasamento teórico para o plano de intervenção. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. A execução do plano de intervenção permitiu melhoria do cuidado aos pacientes e participação da equipe de saúde e apresenta como meta a diminuição em 5% o diagnóstico de doenças cardiovasculares entre a população adulta.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Atenção Primária de Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Among the problems which are prevalent among Brazilians are cardiovascular disease. These constitute all kinds of disease affecting the heart and blood vessels becoming major cause of death, especially among the elderly. Cardiovascular diseases arise through diseases such as hypertension, cerebrovascular accident, myocardial infarction, cardiac arrhythmia, among others. The reasons for the development and the increase in cardiovascular disease, according to the Ministry of Health, are related to poor diet, sedentary lifestyle, obesity, among others. A rapid estimation shows held firstly the presence of cardiovascular diseases. In this context, this paper aims to draw up an action plan to reduce the incidence of cardiovascular disease in adults. For the preparation of the action plan we used the Strategic Planning Method Situational. The implementation of the action plan has enabled improvement of patient care and health team involvement and has the goal to decrease by 5% the diagnosis of cardiovascular disease among adults.

Keywords: Cardiovascular diseases. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVO GERAL.....	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO DA LITERATURA	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	21
6.1 Definição dos problemas	21
6.2 Priorização dos problemas	21
6.3 Descrição do problema	21
6.4 Explicação do problema.....	22
6.5 Seleção dos “nós críticos”	22
6.6 Desenho das Operações	23
6.7 Identificação dos recursos	26
6.8 Análise de viabilidade do plano	26
6.8 Elaboração do plano operativo	29
6.9 Gestão do plano.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERENCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O município de Felício dos Santos está localizado no Estado de Minas Gerais, ficando a uma distância de 373 km de Belo Horizonte, capital mineira e 781 km De Brasília, capital do país. Historicamente, o pequeno Povo de Felício, que surgiu entre os pioneiros núcleos de povoamentos ligados às lavras diamantíferas, nos primeiros anos do século XVIII, é que deu origem a cidade de Felício de Minas. Durante todo o período colonial, devido à rígida administração e pelo monopólio real sobre os diamantes, limitando os lucros e benefícios, o povoado, que pertencia à área do Distrito Diamantino desde 1734, teve seu crescimento contido. Em trinta de novembro de 1968 tornou-se município autônomo, elevado à cidade, pela Lei nº 2.564 e então, passou a chamar-se Felício dos Santos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

O município de Felício dos Santos está localizado no norte de Minas Gerais, no alto do Jequitinhonha. Cidade típica do interior, com tradições religiosas e festivas, de povo simples e hospitaleiro. As principais atividades econômicas estão relacionadas ao comércio, agropecuária e garimpo. Na cidade as atividades de lazer são restritas e as crianças são incentivadas a se relacionar com a música nas escolas municipais e tocar na Banda de Música. Atualmente, o município enfrenta vários problemas, relacionados ao tráfico de droga, violência gerada pelo consumo de drogas, uso abusivo de álcool e tabaco e alta taxa de desemprego que obriga grande parte da população jovem e adulta buscar soluções em cidades vizinhas ou na capital do Estado (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

A área total do município é de 484 045 km², sendo que a população está concentrada na Zona Urbana (60%), o que corresponde a 1995 habitantes e somente 40 % residem na zona rural. O número aproximado de domicílios e famílias é de 15550 e a população atual de aproximadamente 5072 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,812 e a renda média familiar é de R\$1.178,44 para a população urbana e R\$936, 90 para a população rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

O município ainda não possui tratamento de água, 90% das moradias apresentam sistema de esgoto e 10% ainda funcionam com fossas. Observa-se baixo desenvolvimento econômico, na qual as principais atividades estão baseadas no comércio, na agricultura, pecuária, no garimpo e empregos na Prefeitura

Municipal e nas escolas estaduais pelo sistema de concurso público e contratos. O quadro 1 apresenta a distribuição da população por faixa etária.

Quadro 1. Aspectos demográficos da população por faixa etária.

Nº de indivíduos	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60+	Total
Área urbana	23	103	109	112	182	380	876	462	479	301	3027
Área Rural	06	08	05	18	20	31	72	47	36	54	297
Total:	29	111	114	130	202	411	948	509	515	355	3324

Fonte: IBGE, Censos Estimativas

No município 92% dos habitantes com idade de 15 anos ou mais são alfabetizados e 93% das crianças com idade de 7-14 anos frequentam a escola. A população geral do município é de 5072 habitantes sendo atendida por duas equipes de saúde. A equipe de saúde 1 atende o total de 3334 habitantes com maior concentração da população na zona urbana (91.6%). 100% da população é usuária da assistência à saúde no SUS, sendo a única porta de entrada no sistema de saúde no município rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

O Programa de Saúde da Família foi implantado no município em 2006. Atualmente tem duas equipes que funcionam em sede própria. A cobertura do município é de 100%. Em relação ao Sistema de Referência e Contra referência há o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Jequitinhonha, localizado na cidade de Diamantina que presta serviço a todos os municípios associados, oferecendo consultas médicas especializadas e exames aos pacientes. Em termos de Redes de Alta e média complexidade identifica-se o Hospital Nossa Senhora da Saúde e Santa Casa de Caridade, no qual funciona o Pronto Atendimento (na cidade de Diamantina) e outros hospitais conveniados na rede SUS em Belo Horizonte rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

Em relação aos Recursos Humanos em Saúde observa-se: três médicos (plantonista 24 horas revezando semanalmente), um enfermeiro responsável técnico (40 horas semanais), dois enfermeiros noturno (escala de plantão 12/36 horas), quatro técnicos de enfermagem (escala de plantão 12/60 horas), 6 Auxiliares de Enfermagem (20 horas semanais), três auxiliares de serviço geral (40 horas semanais), 4 Recepcionistas (40 horas semanais) e dois vigilantes (40 horas

semanais). Os profissionais da Estratégia Saúde da Família Real trabalham 40 horas semanais no horário de 07:00 às 16:00 horas, sendo a equipe formada por um médico, um enfermeiro, três agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um assistente odontólogo e um técnico de enfermagem (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

Em relação ao território e área de abrangência encontra-se 1550 famílias que compreendem a 3.324 pessoas, sendo que a maioria das pessoas está empregada no comércio formal e informal, na agropecuária, no garimpo, na Prefeitura Municipal e nas Escolas da cidade, sendo ainda muito alta a taxa de desemprego (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

A população da área de abrangência é uma população de baixo poder aquisitivo, com grandes dificuldades. Apresentam uma quantidade de 539 hipertensos e 81 diabéticos que são acompanhados por todos os profissionais. O índice de alcoolismo e uso de drogas é intenso. O ESF Felício dos Santos, localizada na Rua O acesso é bem facilitado à população que está sempre utilizando os serviços oferecidos. O horário de funcionamento é das 07:00 as 16:00 horas, de segunda a sexta (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

As doenças agudas que tem maior incidência dentro da comunidade são: IVAS (gripe, amigdalite, bronquite, otite), dermatológicas (pio dermite, micose, dermatite), parasitárias (giardíase, amebíase, oxiurose), vômito, diarreia e ITU. As doenças crônicas que mais afetam a comunidade são: HAS e outras doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças mentais como depressão e ansiedade, asma bronqueal, epilepsia; os motivos frequentes da demanda espontânea são: cefaleia, artrose e lombalgias. As principais causas de morte no município correspondem a: doenças cardiovasculares (IAM, arritmias cardíacas, edema agudo pulmonar), doenças cérebro vascular, câncer e pneumonia em idosos. A mortalidade infantil e materna está em zero sendo um dado muito importante e significativo do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da Unidade Mista de Saúde Felício dos Santos ESF 1 a partir do diagnóstico e levantamento realizado verifica como principal problema identificado a elevada incidência de doenças cardiovasculares entre adultos. Sabe-se que é possível realizar intervenções nesta condição de saúde como ações de promoção, prevenção e tratamento assim, diminuindo o surgimento de eventos cardiovasculares graves. A equipe após análise da situação de saúde considera que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção reafirmando a viabilidade do mesmo.

3 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Projeto de Intervenção para a redução da alta incidência de doenças cardiovasculares entre adultos no PSF no 1 Felício dos Santos, no município Felício dos Santos (Minas Gerais).

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto foi baseada na observação diária da unidade, discussão com a equipe de saúde e dados do SIAB e produzidos pela própria equipe no município Felício dos Santos (Minas Gerais).

Foi também realizado levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. A base de dados informatizada consultada foi a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores: doença cardiovascular, saúde da família, fator de risco.

Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do Módulo de iniciação científica (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O Plano de Intervenção realizado seguiu passos para culminar na realização de um Plano de Ação. Em síntese, o problema identificado como prioridade 1 foi elevada incidência de doenças cardiovasculares entre adultos. A partir da definição dos problemas e prioridades foi realizada a descrição do problema selecionado. Para descrição do problema priorizado, a equipe utilizou dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal. Neste caso, a equipe identificou mediante uma análise entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, portanto as que precisam ser enfrentadas. Com a explicação do problema e identificação das causas consideradas as mais importantes, a equipe considerou necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, elaborando um desenho da operacionalização. Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade de um plano. Também foram identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua

motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados. E, finalmente para desenvolver a elaboração do plano operativo foram realizadas reuniões com todas as pessoas envolvidas no planejamento para definição por consenso da divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A pressão arterial alta, conhecida como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, uma modificação da resistência periférica ou de ambas (SMELTZER *et al.*, 2009). A HAS é a enfermidade vascular mais frequente no mundo, sendo o fator de maior risco para doenças cerebrovasculares com causa predominante de morte no Brasil (LESSA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial associados frequentemente a alterações funcionais e ou estruturais de órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas com consequente aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais ou não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A HAS deve ser considerada um problema de saúde pública, sendo importante fator de risco cardiovascular com prevalência de aproximadamente 20%. Observa-se que grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e, os que conhecem apenas 30% apresentam controle adequado. A HAS é fator de risco para doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE), demência, doença renal crônica e insuficiência cardíaca (BRASIL, 2006; ROHRBACHER *et al.*, 2014).

A hipertensão arterial é responsável por 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica, por 40% dos acidentes vasculares cerebrais e é considerada importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose como predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Devido a esses agravos, a HAS é considerada como origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-se como um dos fatores para a redução da qualidade e longevidade de vida (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Dentre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial (WHO, 2011).

No Brasil, estima-se que o número de hipertensos chega a aproximadamente 17 milhões, o que representa 35% da população com idade superior aos 40 anos e deste total apenas um terço estão controlados (SOUZA; SILVA; MALDONADO,

2003). Os desfechos negativos como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico dentre outros, podem ser alterados desde que a hipertensão seja diagnosticada e tratada precocemente (PAZ *et al.*, 2011)

O tratamento da Hipertensão Arterial está associado a transformações socioeconômicas e culturais, as mudanças de hábitos de vida relacionados aos fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, excesso de peso, alimentação rica em gordura e sódio) e tratamento medicamentoso quando se necessário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudo nacional acerca das concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para doenças ressalta que para prevenção e promoção da saúde serem feitas de forma eficaz é necessário que o usuário do serviço de saúde conheça sobre a sua doença, assim como os fatores de risco que colaboram para o seu desenvolvimento. É importante também para o profissional do serviço de saúde, conhecer os fatores de risco que os usuários do serviço de saúde associam com o aumento da pressão arterial e se eles modificam hábitos de vida com base no seu conhecimento, para que se possa prestar uma assistência de qualidade (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

No Brasil apesar de não ter estudo de prevalência com representatividade nacional e com padronização adequada, mostra em estudos localizados valores sempre elevados (OLMOS; LOTUFO, 2002). Neste aspecto, a hipertensão é uma doença que atingiu aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos, por ser geralmente assintomático, porém é considerado importante fator de risco para doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronária, insuficiência vascular periférica e cardíaca (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2008, 17,3 milhões de pessoas foram a óbito decorrente de doenças cardiovasculares, sendo que destas, 7,3 milhões teve como causa doenças coronarianas (OMS, 2011). As doenças cardiovasculares são a maior causa de mortalidade no Brasil, sendo que o acidente vascular cerebral isquêmico lidera a lista de principais causas de mortes. Em 2010, segundo dados do DATASUS, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório, no país, foi de 30,8%, representando a primeira causa de morte segundo grupo de causas, sendo que dentre as doenças cardiovasculares o infarto agudo do miocárdio aparece estatisticamente como a segunda maior causa de óbitos

(BRASIL, 2012). Essas situações são favorecidas pelo estilo de vida da pessoa, que inclui sedentarismo, consumo de alimentos hipercalóricos, ritmo de vida acelerado e estressado, tabagismo e obesidade.

Calcula-se que são hipertensos pelo menos 65% dos idosos brasileiros sendo que a maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica com aumento da pressão de pulso que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. Para o tratamento do idoso hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos. O objetivo do tratamento é a redução gradual da pressão arterial para níveis abaixo de 140/90 mmHg. Ressalta-se que entre pacientes muito idosos é difícil reduzir a pressão abaixo de 140 mmHg mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nestes casos, após afastada causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica (por exemplo 160 mmHg) (BRASIL, 2006).

Nota-se que pacientes hipertensos apresentam perda importante da qualidade de vida. Sendo assim, é essencial o diagnóstico precoce que não requer tecnologia sofisticada. A doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde. Contudo somente diagnosticar não é suficiente, é fundamental propiciar tratamento adequado e contínuo além do paciente reconhecer a necessidade da adesão ao tratamento e controle da doença (BRASIL, 2011).

Para prevenção da hipertensão e das complicações e mortalidade cardiovascular e cerebrovascular dela decorrente torna-se fundamental a adoção de medidas que minimizem os fatores de risco, portanto tais medidas na maioria das vezes não são seguidas pelos hipertensos pelas dificuldades de incorporarem novos hábitos de vida ao padrão habitual que levavam antes do diagnóstico da HAS do problema (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde conceitua estilo de vida como a resultante de padrões comportamentais, relacionados com as características pessoais, as condições econômicas, sociais e ambientais, que interagem intimamente. Fatores como idade, cultura, renda, estrutura familiar, condições de moradia e trabalho também constituem elementos que influenciam as condições de saúde da população (WHO, 1998).

O estilo de vida tem grande importância na saúde cardiovascular, neste sentido a adoção de vida saudável é salientada como direção fundamental de intervenção, por meio de medidas apropriadas (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009). Entende-se, neste projeto de intervenção por estilo de vida, especialmente, o regime alimentar habitual, o consumo de bebidas alcoólicas, o uso de tabaco e a atividade física.

Fumar um cigarro produz aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca por cerca de 15 minutos. Neste aspecto, o uso de tabaco é fator de risco cardiovascular e, portanto, deixar de fumar é, provavelmente, a medida de estilo de vida mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares como o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio (MANCIA *et al.*, 2007).

O consumo regular de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial à taxa de aproximadamente 1 mmHg por cada 10 g de etanol, e o risco de hipertensão associado ao álcool é cerca de 16%. O efeito do álcool na pressão arterial é reversível após 2 ou 3 semanas de abstinência, porém a redução substancial da quantidade habitualmente consumida também é eficaz (PUDDEY; BEILIN, 2006).

A literatura científica evidencia a existência da associação inversa entre os níveis de atividade física e/ou de forma física e a mortalidade por causa cardiovascular. O exercício dinâmico aeróbio razoavelmente prolongado (chamado *endurance*) reduz as pressões arterial sistólica e diastólica em repouso em cerca de 3 a 2,4 mmHg. Também o treino de resistência (por exemplo, com pesos) de intensidade moderada produz reduções idênticas da pressão arterial e não é contraindicado aos pacientes hipertensos (MANCIA *et al.*, 2007).

A nutrição pode ter grande impacto no risco cardiovascular. O conteúdo mineral da dieta parece ser particularmente relevante para prevenir e tratar a hipertensão arterial (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009). Neste sentido ressalta-se que a ingestão excessiva de sal é causa frequente de hipertensão resistente (MANCIA *et al.*, 2007).

O potássio, principalmente devido seu papel facilitador da excreção renal do sódio, é importante elemento mineral na regulação da pressão arterial. Um aumento de 1,8 a 1,9 g/dia na ingestão de potássio reduz, respectivamente, em cerca de 4 e 2,5 mmHg as pressões sistólica e diastólica em hipertensos (GELEIJNSE; KOK; GROBBEE, 2003).

A redução do peso em excesso por meio de medidas dietéticas e do aumento da atividade física deve ser alvo primordial do tratamento da hipertensão. Ressalta-se que a redução de peso também apresenta efeitos sobre outros fatores de risco, como resistência à insulina, diabetes, hiperlipidemia, hipertrofia ventricular esquerda e apneia obstrutiva do sono (MANCIA *et al.*, 2007).

Para a prevenção de doenças cardiovasculares é importante assegurar que o paciente entenda a relação entre comportamento, saúde e doença, ajudar a compreender as barreiras de mudança comportamental, envolvê-los na identificação dos fatores de risco para modificar seu estilo de vida e acompanhar os progressos realizados (OLIVEIRA, PÜSCHEL, 2013).

A primeira alternativa terapêutica é a mudança de estilo de vida que é indicada no tratamento da HAS com ou sem medicamentos associados (OHTA, TSUCHIHASHI, KIYOHARA, 2011).

Sobre os hábitos de vida, sabe-se que parar de fumar é importante mudança de estilo de vida na prevenção das doenças cardiovasculares, como o AVE e infarto agudo do miocárdio. A relação entre consumo de álcool, pressão arterial e prevalência de hipertensão arterial é linear. O excesso no consumo de sódio tem um papel principal na HAS e na prevalência de hipertensos. O aumento do consumo de potássio tem efeito anti-hipertensivo. A diminuição do peso é efetiva na redução da pressão arterial em pacientes obesos e com sobrepeso. Mesmo níveis moderados de exercícios podem diminuir a pressão arterial (ROHRBACHER *et al.*, 2014). Portanto, torna-se fundamental estimular a interrupção do tabagismo, redução da ingesta diária de sódio e gordura e a realização de atividade física.

A dieta constituída de frutas, vegetais, produtos de baixas calorias, pouco colesterol, gordura saturada e total, tem relevante efeito anti-hipertensivo. Além da dieta, sabe-se dos benefícios da atividade física, principalmente aeróbia, pois, diminui a pressão arterial, reduz o peso e melhora os índices lipídicos (MANCIA *et al.*, 2007).

Neste sentido o profissional médico apresenta-se como importante incentivo para a alteração de hábitos não saudáveis de acordo com as diretrizes do American Heart Association, que reconhecem que estes apresentam forte influência sobre a disposição de seus pacientes para fazer alterações no estilo de vida (NICOLL; HENEIN, 2010).

Estudo sobre os estilos de vida realizado com 273 pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar do Rio de Janeiro mostra que, apesar do estilo de vida encontrado ser considerado satisfatório, as condições e o perfil de saúde indicam a persistência de fatores de risco de doença cardiovascular entre os pacientes hipertensos (PAZ *et al.*, 2011).

Estudo nacional que avaliou a adesão dos pacientes hipertensos à mudança de estilo de vida proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no Estado do Paraná, identificou dentre os hábitos alterados, a diminuição do consumo diário de sal, de gordura e a interrupção do tabagismo como mais adotados, em comparação com o início de atividades físicas regulares. Outro resultado importante do estudo refere-se a maior adesão à mudança de estilo de vida quando mais de um profissional de saúde orientou o paciente. Em detrimento da HAS ser uma doença crônica e silenciosa, a abordagem multiprofissional é benéfica para que o paciente compreenda a relevância de sua doença (ROHRBACHER *et al.*, 2014).

Estudo que identificou o conhecimento sobre a doença e as mudanças de estilo de vida em pessoas pós-infarto acompanhadas em uma Unidade de Saúde da Família mostra em relação ao conhecimento, que apenas 15% das pessoas souberam definir a doença e 74% souberam referir apenas de uma a duas causas. Em relação às mudanças de estilo de vida, 58% das pessoas entrevistadas não modificaram seu estilo de vida em função do infarto (OLIVEIRA; PÜSCHEL, 2013). Os autores enfatizam que deve ser dada atenção à população que já foi acometida pela doença, pois essa ainda possui poucas informações relativas à doença e sua prevenção, sendo um dos fatores que contribuíram para a não mudança de estilo de vida (OLIVEIRA; PÜSCHEL, 2013).

Estudo acerca das ações que as pessoas instituíram em seu cotidiano de vida após o IAM mostra que os pacientes modificaram o seu estilo de vida de forma a agregarem ao seu cotidiano hábitos de vida mais saudáveis, foram identificadas as categorias: mudanças relacionadas à alimentação prevalecendo a restrição de alimentos fritos; relacionadas à atividades físicas com mudanças relativas ao início da prática regular; relacionadas a fatores emocionais no qual houve predomínio da busca de controle de estresse emocional; relacionados a atividades sociais em que se destacou a preocupação de acompanhamento médico, uma vez que deixaram de fazer algumas atividades cotidianas para se dedicar ao tratamento médico (OLIVEIRA; PÜSCHEL, 2013).

Dentes as estratégias mais utilizadas para o controle dos fatores de risco para a doença coronariana são as orientações com relação à mudança de hábitos alimentares, reuniões de grupo, educação sobre mudança de estilo de vida e de comportamento em formato de programas educacionais para a comunidade e visitas domiciliares de acompanhamento (BACKER; ZANCHETTI, 2003).

Estudo de base populacional demonstra que o aumento do conhecimento de fatores de risco para doenças crônicas está relacionado à melhora na qualidade de vida da população (BORGES *et al.*, 2009). Neste sentido a educação em saúde, destaca-se como a melhor maneira de se controlar o problema das doenças cardiovasculares, relacionadas com fatores de risco modificáveis (PETERSON *et al.*, 2007).

A prática da educação em saúde nas unidades básicas de saúde, especialmente no Programa de Saúde da Família, deve considerar o desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde da população, a identificação das demandas de cada usuário e o seu conhecimento acerca da doença e dos fatores que podem contribuir para a ocorrência de um novo evento tornando estes sujeitos ativos em seu tratamento (OLIVEIRA; PÜSCHEL, 2013).

Estratégias conjuntas de mobilização social com participação de outros setores municipais, incluindo a secretaria de esportes, podem ajudar a comunidade na adoção de um estilo de vida capaz de melhorar as questões relacionadas ao cuidado em saúde e impactar diretamente na qualidade de vida dos pacientes hipertensos e da população em geral (PAZ *et al.*, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

A equipe de saúde determinou através do Planejamento Estratégico entre os principais problemas que afetam a população: elevado número de pacientes com doenças cardiovasculares, alta incidência de gravidez na adolescência, alta prevalência de ansiedade e depressão, elevado número de pacientes com Diabetes Mellitus não controlados e problemas com o meio ambiente.

6.2 Priorização dos problemas

O quadro abaixo apresenta a classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência (Quadro 2).

Quadro 2 - Classificação de prioridades dos problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da Unidade Mista de Saúde, Felício dos Santos, MG, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pacientes com doenças cardiovasculares	Alta	08	Parcial	01
Alta incidência de gravidez na adolescência	Alta	07	Parcial	02
Alta prevalência de depressão e ansiedade.	Alta	06	Parcial	03
Elevado número de pacientes com diabetes não controlados.	Alta	05	Parcial	04
Problemas meio ambientais	Media	04	Fora	05

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.3 Descrição do problema

O PSF possui na sua área de abrangência um total de 607 hipertensos cadastrados, correspondendo a 26,0% da população sendo que associado a outras doenças cardiovasculares representa 4,07% do total da população. O quadro 3 apresenta os indicadores do problema das doenças cardiovasculares da Unidade Mista de Saúde do município Felício dos Santos.

Quadro 3 – Indicadores do problema das doenças cardiovasculares da Unidade Mista de Saúde, Felício dos Santos, MG, 2015.

INDICADORES	VALORES	FONTES
Portadores de outras doenças Cardiovasculares.	95	Registro da Equipe (Ficha A)
Hipertensos cadastrados	607	Registro da Equipe (Ficha A)
Tabagistas	112	Registro da Equipe (Ficha A)
Internações por complicações circulatórias	08	Registro da Equipe (Ficha D)
Óbitos decorrentes de complicações cardíacas	03	Registro da Equipe (Ficha D)

Fonte: SIAB/SISCOLO.

6.4 Explicação do problema

Em discussão de equipe identifica-se que o município não possui uma estrutura econômica, social e cultural adequada, fato que tem influência negativa na vida da população, já que não há infraestrutura para lazer ou práticas de exercícios, problema que ainda se associa ao baixo nível de escolarização da população, que também contribui para o pouco conhecimento sobre as doenças cardiovasculares. Também se verifica que o trabalho de equipe não é sistemático e que necessita processo de mudança para maior controle e acompanhamento dos pacientes com doenças cardiovasculares. Por último a equipe também apresenta que um fator importante no município relacionado com as doenças cardiovasculares é a falta de desconhecimento sobre hipertensão arterial, sua condição clínica e seus riscos de complicações quando não tratada. A partir destas considerações, a equipe manifesta o propósito desenvolver estratégias na assistência para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe, paciente hipertenso e família.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Entre os principais nós críticos relacionados ao problema da Unidade Mista de Saúde encontram-se: hábitos e estilos de vida, nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde. A partir dessa análise a equipe determinou as reais necessidades a ser enfrentada pelos profissionais e usuários.

6.6 Desenho das Operações

Sabendo que é essencial descrever as operações para o enfrentamento das causas, identificando os produtos e resultados para cada operação com seus respectivos recursos (econômicos, organizacionais e cognitivos) (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) foi possível construir o desenho de operações para os “nós” críticos do problema alta incidência de doenças cardiovasculares entre adultos no PSF 1 Felício dos Santos, no município Felício dos Santos (Minas Gerais) (Quadro 4).

Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema alta incidência de doenças cardiovasculares entre adultos que pertencem ao PSF 1 Felício dos Santos, em Felício dos Santos (Minas Gerais).

Nó-Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Atores	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida não saudáveis	Vida sana Modificar hábitos e estilos de vida	Aumentar o conhecimento da população quanto à prevenção de riscos e agravos a saúde Aumentar o conhecimento da população quanto ao acúmulo de lixo e entulhos nos arredores da casa Reduzir o número de tabagistas Aumentar os cuidados de higiene na produção e manipulação artesanal de alimentos de origem vegetal.	Educação em saúde através de programas de rádio, grupos operativos, em escolas e salão comunitário,	Equipe de saúde	Organizacional: Organização das atividades por micro área Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Mobilização social, parceria intersetorial (saúde, educação, assistência social), e com associações locais (governamental e não governamental) Divulgação através da rádio local Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos etc.
Pressão Social	Qualidade De Vida Aumentar a oferta de empregos e fomentar a cultura da paz	Diminuir a taxa de desemprego Diminuir a taxa de violência	Programa de geração de emprego e renda Programa de fomento da cultura da paz/ Rede Saúde e Paz.	Equipe de saúde e Prefeitura Municipal	Cognitivo: Informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de empregos e renda e de enfrentamento da violência Político: Articulação intersetorial, aprovação de projetos, apoio da população - Financeiro: Apoio da Prefeitura Municipal para financiamento de projetos
Nível de informação	Conhecer Mais Aumentar o nível de informação e autonomia da população Oferecer atenção integral Promover Educação em saúde	Aumentar o conhecimento da população sobre direitos sociais e prevenção de riscos e agravos a saúde	Capacitação de profissionais para promover a educação em saúde, palestras e grupos operativos,	Equipe de saúde	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Mobilização social, parceria intersetorial e com associações locais Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos etc. Organizacional: Organização das atividades por micro área
Estrutura dos serviços de saúde	Qualidade de Atenção Melhorar a	Adequar a estrutura física dos serviços de saúde para o atendimento e ações	Expor as condições da estrutura física da unidade para gestão e	Equipe do PSF, Secretaria	Cognitivo: Identificação das necessidades e elaboração do projeto de adequação Financeiro: Aquisição de recursos para a

	estrutura dos serviços de saúde para assistência de qualidade aos pacientes com doença cardiovascular		conselho de saúde Propor projeto para melhoria da estrutura física Pactuação de maior número de exame, consulta especializada, compra de medicamento e equipamento	Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde	compra de equipamentos, medicamentos e adequação da unidade Político: Decisão de estruturar o serviço
Processo de trabalho da equipe de saúde	Trabalho Sistemático Implantar a linha de cuidados para doença cardiovascular na população adulta	Capacitar os profissionais para atender os pacientes com doenças cardiovasculares de maneira eficaz e humanizada Diminuir a taxa de diagnóstico das doenças cardiovasculares	Implantação do protocolo clínico para atendimento ao paciente com doença cardiovascular Elaboração de estratégias junto à equipe multiprofissional	Equipe Multiprofissional	Cognitivo: Conhecimento para a elaboração do protocolo Político: Apoio da prefeitura e FUNASA para desenvolvimento das ações Financeiro: Recursos para aquisição de materiais Organizacional: Organização dos fluxos de referência e contra referência e da elaboração do protocolo

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.7 Identificação dos recursos

Importante etapa na elaboração do plano de ação é a identificação dos recursos financeiros, político e organizacional que serão utilizados para concretizar as operações e projetos. O quadro 5 descreve os recursos necessários para o enfrentamento do problema da alta incidência de problemas cardiovasculares no município Felício dos Santos.

Quadro 5 – Identificação dos recursos para o enfrentamento do problema alta incidência de doenças cardiovasculares entre adultos que pertencem ao PSF 1 Felício dos Santos, em Felício dos Santos (Minas Gerais).

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Vida Sana	Político: Mobilização através de divulgação em rádio local Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos etc
Qualidade de Vida	Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência Político: Articulação intersetorial, aprovação dos projetos, apoio da população Financeiro: Apoio da Prefeitura Municipal para financiamento dos projetos
Conhecer Mais	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Mobilização social, parcerias entre os setores (saúde, educação, social) e com associações locais Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos etc. Organizacional: Organização das atividades por micro área
Qualidade de atenção	Cognitivo: Identificação das necessidades e elaboração do projeto de adequação Financeiro: Aquisição de recursos para a compra de equipamentos, medicamentos e adequação da unidade Político: Decisão de estruturar o serviço
Trabalho Sistemático	Cognitivo: Conhecimento para a elaboração do protocolo Político: Apoio da prefeitura e FUNASA para o desenvolvimento das ações Financeiro: Recursos para a aquisição de materiais Organizacional: Organização dos fluxos de referência e contra referencia e da elaboração do protocolo

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.8 Análise de viabilidade do plano

A equipe de saúde da Unidade Mista Felício dos Santos buscou parceiros na tentativa de facilitar o andamento do projeto e/ou ações, contribuir na construção do plano e facilitar a definição de estratégias de acordo com sua motivação. O quadro que segue em baixo expressa a proposta de ações (quadro 6).

Quadro 6 – Proposta de ações para a motivação dos atores envolvidos no enfrentamento do problema alta incidência de doenças cardiovasculares entre adultos que pertencem ao PSF 1 Felício dos Santos, em Felício dos Santos (Minas Gerais).

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Vida sana Modificar hábitos e estilos de vida	Político: Mobilização através de divulgação em rádio local Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos etc	PSF Secretaria Municipal de saúde (SMS) Prefeitura Municipal	Favorável	Não é necessário
Qualidade De Vida Aumentar a oferta de empregos e fomentar a cultura da paz	Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência Político: Articulação intersetorial, aprovação dos projetos, apoio da população Financeiro: Apoio da Prefeitura Municipal para financiamento dos projetos	PSF SMS Secretaria de Assistência Social Prefeitura Municipal	Favorável	Apresentar o projeto, apoio das instituições
Conhecer Mais Aumentar o nível de informação e autonomia da população Oferecer atenção integral Promover Educação em saúde	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Mobilização social, parcerias entre os setores (saúde, educação, social) e com associações locais Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos etc. Organizacional: Organização das atividades por micro área	PSF SMS Secretaria Municipal de Educação	Favorável	Não é necessário
Qualidade de	Cognitivo: Identificação das necessidades e elaboração do	Conselho	Indiferente	Apresentar o

<p>Atenção Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para assistência de qualidade aos pacientes com doença cardiovascular</p>	<p>projeto de adequação Financeiro: Aquisição de recursos para a compra de equipamentos, medicamentos e adequação da unidade Político: Decisão de estruturar o serviço</p>	<p>Municipal de Saúde Prefeitura Municipal</p>		<p>projeto de estruturação da unidade</p>
<p>Trabalho Sistemático Implantar a linha de cuidada para doença cardiovascular na população adulta</p>	<p>Cognitivo: Conhecimento para a elaboração do protocolo Político: Apoio da prefeitura e FUNASA para o desenvolvimento das ações Financeiro: Recursos para a aquisição de materiais Organizacional: Organização dos fluxos de referência e contra referencia e da elaboração do protocolo</p>	<p>PSF SMS</p>	<p>Alguns são favoráveis outros são indiferentes</p>	<p>Apresentação de dados epidemiológicos</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015

6.8 Elaboração do plano operativo

A figura abaixo apresenta o plano operativo (Quadro 7).

Quadro 7- Plano Operativo da Equipe do PSF 1 Felício dos Santos envolvida no enfrentamento do problema alta incidência de doenças cardiovasculares entre adultos, em Felício dos Santos (Minas Gerais).

Operação/Projeto	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável
Vida sana Modificar hábitos e estilos de vida	Aumentar o conhecimento da população em 25% quanto à prevenção de riscos e agravos a saúde Aumentar o conhecimento da população em 25% quanto ao acúmulo de lixo e entulhos nos arredores da casa Redução do número de tabagistas Aumentar os cuidados de higiene na produção e manipulação artesanal de alimentos de origem vegetal.	Educação em saúde através de programas de rádio, grupos operativos, em escolas e salão comunitário,	Não é necessário	Enfermeira Medico
Qualidade De Vida Aumentar a oferta de empregos e fomentar a cultura da paz	Diminuição de 5% na taxa de desemprego Diminuição da violência	Programa de geração de emprego e renda Programa de fomento da cultura da paz/ Rede Saúde e Paz.	Apresentar o projeto e solicitar apoio da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Assistência Social	Enfermeira Assistente Social Prefeitura Municipal
Conhecer Mais Aumentar o nível	Aumentar o conhecimento da população em 25%	Capacitação de profissionais	Não é necessário	Enfermeira Médico

de informação e autonomia da população Oferecer atenção integral Promover Educação em saúde	sobre direitos sociais e prevenção de riscos e agravos a saúde	para promover a educação em saúde, palestras e grupos operativos,		
Qualidade de Atenção Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para assistência de qualidade aos pacientes com doença cardiovascular	Adequar a estrutura física dos serviços de saúde para o atendimento e ações	Expor as condições da estrutura física da unidade para gestão e conselho de saúde Propor projeto para melhoria da estrutura física Pactuação de maior número de exame, consulta especializada, compra de medicamento e equipamento	Apresentar o projeto de estruturação da unidade	Enfermeira Secretário de Saúde Presidente do Conselho de Saúde Secretário de finanças
Trabalho Sistemático Implantar a linha de cuidada para doença cardiovascular na população adulta	Profissionais capacitados para atender os pacientes com doenças cardiovasculares de maneira eficaz e humanizada Diminuir em 5% o diagnóstico das doenças cardiovasculares	Implantação do protocolo clínico para atendimento ao paciente com doença cardiovascular Elaboração de estratégias junto à equipe multiprofissional	Apresentação dos dados	Enfermeira Farmacêutica

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015

6.9 Gestão do plano

Esta etapa tem como objetivos desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Será realizada avaliação da execução do plano de ação para verificar o êxito do processo, dando um prazo médio para seu cumprimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde Felício dos Santos, apesar das dificuldades, identificou a importância do plano de ações e colaborou na promoção de parcerias e apoio dos diversos setores da sociedade a fim de resolver os problemas e obter resultados satisfatórios para melhorar os indicadores de saúde da população. O projeto de intervenção foi realizado pela equipe de saúde a partir do levantamento dos pacientes adultos com doenças cardiovasculares, investigação e tratamento das causas desde que se trata de uma doença que afeta a saúde da população e repercute com surgimento de múltiplas complicações.

Por fim, considera-se positiva a participação da equipe de saúde no objetivo da diminuição da taxa do diagnóstico de doenças cardiovasculares entre a população adulta.

REFERENCIAS

BACKER, G.; ZANCHETTI, A. European guidelines on cardiovascular disease: prevention in clinical practice. **European Heart Journal**. v. 24, n. 7, p. 1601-1, 2003.

BORGES, T. T. *et al.* Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**. v. 25, n. 7, p. 1511-1520, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.118 p. Disponível em: https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/texto_4_-_protocolo_ghc_has.pdf . Acesso em: 12 de ago. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 58, 2006.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde**. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxuf.def> Acesso em: 11 fev. 2016.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p. 118, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. I. **Iniciação a Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, p. 142, 2013.

GELEIJNSE, J. M.; KOK, F. J.; GROBBEE, D. E. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. **J Hum Hypertens**. v. 17, n. 7, p. 471-80, 2003.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1470-71, 2010.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para doenças. **Ciênc. saúde Coletiva**. v. 17, n. 5, p. 1365-1374, 2012.

MANCIA, G. *et al.* Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur Heart J**. v. 28, n. 12, p. 1462-1536, 2007.

NICOLL, R.; HENEIN, M. Y. Hypertension and lifestyle modification: how useful are the guidelines? **Br J Gen Pract.** v. 60, n. 581, p. 879-80, 2010.

OHTA, Y.; TSUCHIHASHI, T.; KIYOHARA, K. Relationship between Blood Pressure Control Status and Lifestyle in Hypertensive Outpatients. **Intern Med.** v. 50, n. 19, p. 2107-12, 2011.

OLIVEIRA, L. B.; PÜSCHEL, V. A. A. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 4, p. 1026-33, 2013.

OLMOS, R. D.; LOTUFFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.9, p.23-21, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **As Doenças cardiovasculares**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> Acesso em: 11 fev. 2016.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PAZ, E. P. A. *et al.* Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 3, p. 467-76, 2011.

PETERSON, E. D.; *et al.* Development of systems of care for ST-elevation myocardial infarction patients: evaluation and outcomes. **Circulation.** 2007;116(2):64-7, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FELICIO DOS SANTOS. Disponível em: <http://www.feliciodossantos.mg.gov.br/> Acesso em: 06 jun. 2015.

PUDDEY, I. B.; BEILIN, L. J. Alcohol is bad for hypertension. **Clin Exp Pharmacol Physiol.** v. 33, n. 9, p. 847-52, 2006.

ROHRBACHER, I. *et al.* Orientações de mudança de estilo de vida em pacientes hipertensos. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n. 1, p. 49-53, 2014.

SANTOS, A. C.; ABREU-LIMA, C. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. **Rev Bras Hipertens.** v.16, suppl 1, S5-S6, 2009.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em: 08 jul. 2015.

SOUZA, E.; SILVA, N.A.; MALDONADO, C. A necessidade de mudança nas estratégias de intervenção para controlar a hipertensão arterial. **Rev SOCERJ**. v. 16, n. 1, p. 65-75, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B (editors). Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Promotion**. Glossary. Geneva: World Health Organization, 1998.