

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

**LESYANI LÓPEZ LEGRA**

**ESTRATEGIA PARA MODIFICAR A PERCEÇÃO SOBRE O RISCO  
DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULAR NOS PACIENTES COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA AREA DE  
ABRAGENCIA DA EQUIPE AZUL, UNIDADE DE SAUDE  
VALE DO SOL, IPATINGA, MINAS GERAIS.**

**IPATINGA- MINAS GERAIS  
2016**

**LESYANI LÓPEZ LEGRA**

**ESTRATEGIA PARA MODIFICAR A PERCEÇÃO SOBRE O RISCO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULAR NOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA AREA DE ABRAGENCIA DA EQUIPE AZUL, UNIDADE DE SAUDE VALE DO SOL, IPATINGA, MINAS GERAIS.**

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. Irlene Aparecida Nogueira

**IPATINGA- MINAS GERAIS  
2016**

**LESYANI LÓPEZ LEGRA**

**ESTRATEGIA PARA MODIFICAR A PERCEÇÃO SOBRE O RISCO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULAR NOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA AREA DE ABRAGENCIA DA EQUIPE AZUL, UNIDADE DE SAUDE VALE DO SOL, IPATINGA, MINAS GERAIS.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2 – Prof. Nome Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de junho de 2014.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe mulher nobre e lutadora  
A meu pai,  
A meu esposo, apoio incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos, que de forma direta ou indireta contribuíram para o desenvolvimento deste curso, em especial a Caroline De Castro Morais, a Naípe Suelene e Irlene Aparecida Nogueira pela dedicação incansável em nossa preparação e crescimento profissional.

Eu digo que se alguém não faz, o tempo todo, tudo aquilo que pode e até mais do que pode, é exatamente como se não fizesse absolutamente nada.

**FIDEL CASTRO RUZ**

## RESUMO

No cenário brasileiro e mineiro, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde de significativa magnitude, destaca-se a mortalidade por complicações cardiovasculares como a primeira causa de morte, e que levam à diminuição da qualidade de vida pela ocorrência de complicações (invalidez temporal o permanente por sequelas neurológicas), elevado número de internações hospitalares, aposentadorias precoces entre outras. Nas classes sociais mais pobres da população estão presente com maior significância os determinantes sociais das DCNT, (as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada), para tornar possível sua prevenção é necessário além de conhecimentos e competência o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Em nossa prática profissional na área de abrangência da equipe azul da UBS Vila Celeste no município Ipatinga, observamos que os usuários não possuem um correto conhecimento dos riscos de complicações cardiovascular. Os nós críticos do problema, que a Equipe de Saúde destacou para seu enfrentamento no plano de ação foram: Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema; Hábitos e estilos de vida inadequados; Baixo nível de informação da população. A implementação desta estratégia de intervenção tem como objetivo contribuir no trabalho interdisciplinar e intersetorial para modificar a percepção do risco de complicações cardiovasculares da população e assim contribuir na redução do impacto das DCVs.

Palavras-chave: Foram identificadas através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hipertensão Arterial; política de saúde; planejamento de assistência ao paciente.

## ABSTRACT

In Brazil and mining scenario, chronic non-communicable diseases (NCDs) are a health problem of significant magnitude, there is mortality from cardiovascular complications as the primary cause of death, and that lead to decreased quality of life for the occurrence of complications (temporary disability for permanent neurological damage), high number of hospital admissions, early retirements among others. In the poorest members classes of the population are present most significant social determinants of NCDs (social inequalities, differences in access to goods and services, low education, inequalities in access to information, in addition to modifiable risk factors such as smoking, alcohol consumption, physical inactivity and unhealthy diet), to enable its prevention is necessary as well as knowledge and expertise interdisciplinary and intersectoral work. In our professional practice in the area covered by the blue team of UBS Vila Celeste in the city Ipatinga, we found that users do not have a correct understanding of the risks of cardiovascular complications. Critics us of the problem, the Health Team pointed to his face in the action plan were: Health Team working process of the Family inappropriate to address the problem; Habits and styles of inadequate life; Low public information level. The implementation of this intervention strategy aims to contribute to interdisciplinary and intersectoral work to change the perception of the risk of cardiovascular complications of the population and asem contribute to reducing the impact of CVDs.

Keywords: Were identified through the Descriptors in Health Sciences (DeCS): Hypertension; health policy; care planning patient.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente vascular cerebral
BDEF	Banco de Dados de Enfermagem
CAPS	Centro de atenção Psicossocial do tipo
CCDIP	Centro de Controle de Doenças Infecto-Parasitárias
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCVs	Doenças cardiovasculares
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Equipes de Saúde da Família
HA	Hipertensão arterial
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
PACS	Programas de Agentes Comunitários
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa da Família
SAMU	Sistema Ambulatorial de Urgência Médica
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Sala de Estabilização/ Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>20</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ipatinga é um município brasileiro localizado no interior do estado Minas Gerais, estando situada a aproximadamente a 209 quilômetros de sua capital Belo Horizonte. Pertence à microrregião de saúde de mesmo nome, e possui limites a oeste com o Município de Coronel Fabriciano, a leste com o Município de Santana do Paraíso, e uma pequena porção do Município de Caratinga, ao norte com o município de Santana do Paraíso, e ao sul com o Município de Timóteo (IPATINGA, 2015 a).

Não há uma data de fundação nem fundador específico. O povoado foi elevado à categoria de distrito com a denominação de Ipatinga, doze de dezembro de mil novecentos cinquenta e três, dependente do município de Coronel Fabriciano; foi denominado município Ipatinga o dia trinta de dezembro de mil novecentos sessenta e dois, separando-se de Coronel Fabriciano (IPATINGA, 2010 *apud* IBGE, 2014).

Sua população foi contada em 239.468 no censo do IBGE do 2010 e a estimativa feita para o ano 2014 foi de 255 266 habitantes, sendo assim o décimo município mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua microrregião, abrange uma área de 164,884 km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional de 1.452,34 hab/km<sup>2</sup> e taxa de crescimento anual de 1,9 % no ano 2013 (IBGE, 2014).

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, (BRASIL, 2013) o município tem as seguintes características sanitárias: população com abastecimento de Água encanada 98,4%, e com coleta de lixo 99,85%. O município foi classificado como de alto índice de desenvolvimento humano (IDHM), 0,771, no ano 2010. O IDHM de longevidade (saúde) foi de 0,864, de renda média foi 0,752 e de educação 0,705 (BRASIL, 2013).

As principais atividades socioeconômicas do município estão relacionadas com a indústria mineira e o comércio. O setor de serviços também é fonte de emprego e traz benefícios para o município. Ipatinga também cresceu no setor agropecuário. Já o setor terciário atualmente é a segunda maior fonte de recursos econômicos (IBGE, 2014).

Com relação à educação, segundo o IBGE (2014), no município, a taxa de analfabetismo na faixa de 10 -14 anos de idade era de 1,3% e na faixa de 15 ou

mais anos de idade era de 5,0%. O município conta com 85 escolas de ensino fundamental, sendo 24 estaduais e 31 privadas, para um atendimento de 100% da população entre 6 a 14 anos (IPATINGA, 2014).

Ipatinga destaca-se na área da saúde tendo um total de 187 estabelecimentos de saúde, sendo que deste, 156 são da rede privada e 31 são públicos municipais (IBGE, 2014).

As Redes de Atenção são compostas pelos centros de atenção primária, pontos de atenção secundária e terciária. A Atenção primária à Saúde é composta por 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 37 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 11 Programas de Agentes Comunitários (PACS). Além disso, conta com 13 equipes de Saúde Bucal e 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (IPATINGA, 2013).

O Programa da Família (PSF) foi implantado na cidade no ano 2002 trazendo ações de prevenção, promoção da saúde e melhoria da assistência. Na Atenção Primária contamos com 54 Médicos, deles 12 Médicos do Programa Mais Médicos, com carga horária de 32 horas semanais, 51 Enfermeiros, 294 Agentes Comunitários de Saúde e 80 Técnicos de Enfermagem, com carga horária de 40 horas semanais.

A Policlínica é parte da rede de atenção secundária, responsável pelo aporte a consultas especializadas e ações de apoio diagnóstico. Na policlínica também está o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, referência secundária da Saúde Bucal. As seguintes especialidades odontológicas são oferecidas: Endodontia, periodontia, cirurgia, patologia e atendimento a pacientes com necessidade especial (IPATINGA, 2013).

O município conta também com uma rede de Atenção Psicossocial, composta por um centro de atenção Psicossocial do tipo II (CAPS) e nove técnicos de referência na saúde mental distribuídos nas unidades básicas de saúde. Além disso conta com o Centro de Controle de Doenças Infecto-Parasitárias (CCDIP), referência municipal e regional para o controle e tratamento de doenças infecciosas (IPATINGA, 2013).

O município desenvolveu uma Rede de Atenção às Urgências cujos componentes, dentre outros, são: Sistema Ambulatorial de Urgência Médica (SAMU), Sala de Estabilização/ Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital e Atenção Domiciliar. O município possui 24 farmácias privadas, estando presentes

nos três níveis de complexidade de atendimento à saúde. A rede primária de atenção à saúde tem as farmácias das Unidades de Saúde como referência, contando com a presença de farmacêutico. Além disso, conta com o Laboratório de Fitoterápia - Farmácia Verde, e a Farmácia Popular (IPATINGA, 2013).

O Conselho Municipal de Saúde é constituído por 56 integrantes, sendo 50% representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde, 25% dos trabalhadores da área (setor público e privado) outros 25% divididos entre prestadores de serviço e poder público municipal do governo e trabalhadores. As reuniões são realizadas na terceira e quinta de cada mês (IPATINGA, 2013).

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2013, observamos que as principais causas de morte são: em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório (317 óbitos); em segundo lugar, as neoplasias (239) e em terceiro lugar, com 172 óbitos em 2013, as doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2013).

O Vale do Sol é uma comunidade situada na periferia de Ipatinga, com cerca de 8500 habitantes, as principais fontes de emprego são geradas pela indústria Mineira, Siderúrgica e o Comércio. Tem duas equipes de saúde da família adscritas. Porém, a equipe azul está inserida dentro da unidade de saúde da Vila Celeste, uma comunidade vizinha, por não haver espaço físico suficiente para as duas estarem no mesmo local.

As principais causas de morte no ano 2013 foram as Doenças do aparelho circulatório, Doenças do aparelho respiratório, e as Neoplasias (IPATINGA, 2015 b).

A comunidade conta, em sua área de abrangência, com seis escolas, quatro creches, e mais de 20 igrejas; serviço de luz elétrica, assim como serviço de água e telefonia, em 100% de seu território. Não conta com serviços de correios, nem bancários.

A Unidade de saúde do Vila Celeste está localizada no bairro Vila Celeste. Esta Unidade possui 4 Equipes de Saúde da Família, com uma população adscrita de 13 639 usuários do bairro Vila Celeste e 3555 usuários da equipe azul do bairro Vale do Sol. A Unidade conta com 60 profissionais: 6 médicos (2 Médicas do Programa Mais Médicos para o Brasil com carga horária de 32 horas semanais, 2 médicas brasileiras com 40 horas semanais, e 2 médicos com 20 horas semanais), 4 enfermeiros (com horário de 40 horas), 8 Técnicas de Enfermagem (trabalhando 40 horas semanais). 2 Auxiliar de Enfermagem (com 30 horas semanais), 21 Agentes

comunitárias de Saúde, 5 Auxiliares de Serviços, 4 administrativo (recepcionista), 4 profissionais de CEO e 6 profissionais do NASF.

Em sua estrutura física, a UBS Vila Celeste está organizada em 22 salas. Cada equipe de saúde conta com sala de acolhimento, consultório médico, consultório de enfermagem, além de sala de Odontologia, Farmácia, sala de Vacina, Recepção, sala de espera, sala de medicação, sala de Curativo, área de Serviço, cozinha e salão de reuniões.

Dos 3 555 usuários cadastrados na equipe azul, 2701 são pessoas maiores de 15 anos. Entre as principais morbidades identificadas nesta população estão as doenças cerebrovasculares e as doenças relacionadas com Aparelho Osteoarticular (IPATINGA, 2015 b).

Dentre os problemas identificados pela equipe no diagnóstico situacional os mais relevantes foram:

1. Alta incidência de infecções respiratórias agudas.
2. Grande número de consultas a pacientes usuários crônicos de psicofármacos.
3. Índice elevado de pacientes com doenças osteoarticulares.
4. Baixo índice de cadastramento de pacientes em atividades comunitárias como o programa (hiperdia e saúde mental).
5. Elevada incidência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres em idade reprodutiva.
6. Elevada prevalência de pacientes com fatores de risco cardiovascular.
7. Inadequada percepção do risco de adoecer por complicações relacionadas a doenças cardiovasculares.
8. Baixa adesão ao tratamento em pacientes idosos.

Após realizar priorização dos problemas identificados no diagnóstico da comunidade Vale do Sol, levando em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe optou por iniciar o trabalho com o primeiro problema priorizado: percepção inadequada do risco de adoecer por complicações de doenças cardiovasculares.

Para entender a gênese do problema é necessária sua explicação a partir da identificação de suas causas. Entre as causas relacionadas com os pacientes, temos uma a população está composta por indivíduos com baixo poder aquisitivo e escolaridade. Além disso, um elevado número de pacientes com alto risco

cardiovascular e que mostraram conhecimentos insuficientes sobre o tema. Também o baixo poder aquisitivo e a baixa escolaridade são aspectos que influem negativamente nos estilos de vida, alimentação (normalmente muito calórica, baseada no alto consumo de carboidratos e baixo consumo de frutas e vegetais). Poucos pacientes informaram realizar atividade física, o que gera impacto negativo sobre a mortalidade por doenças cardiovasculares.

A baixa adesão ao tratamento (erros nas tomadas das doses, dificuldades na compreensão da prescrição, diversas tomadas ao dia, entre outros fatores) tem sido identificada como a causa principal da hipertensão não controlada, representando um aumento de risco significativo para eventos cardiovasculares.

Sabe-se da associação que principais DCNT mantêm com um conjunto de fatores, como o tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, dislipidemias, baixo consumo de frutas e hortaliças e inatividade física. Além das causas, outras relacionadas com o processo de trabalho da equipe de saúde podem ser elencadas, como o fornecimento de receita com prescrições ilegíveis, orientação inadequada sobre a prescrição, falta de planejamento de atividades educativas, falta de atualizações e capacitações sobre o tema.

Como consequência destaca-se como a primeira causa de morte as complicações das doenças cardiovasculares, além da diminuição da qualidade de vida pela ocorrência de complicações (invalidez temporal ou permanente por sequelas neurológicas), elevado número de internações hospitalares, aposentadorias precoces, entre outros.

Ao identificar os nós críticos do problema inerentes ao processo de trabalho, a Equipe de Saúde da Família considera inadequadas as formas atuais para enfrentar o problema. Além disso, há outros aspectos inerentes ao paciente, como os hábitos e estilos de vida inadequados, bem como o baixo nível educacional da população.

Avaliando a informação referida, é importante a realização deste trabalho, com a proposição de uma intervenção que contribua a incrementar os conhecimentos na população de riscos com vistas à diminuição deles e diminuição da mortalidade por essa causa.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de pacientes com fatores de risco cardiovascular existente na área de abrangência da equipe azul da UBS Vale Do Sol. Nesse sentido, merece uma abordagem diferenciada, devido a que a equipe tem cadastrado 574 pacientes com fatores de risco sendo o 16,1 % da população total, dos quais 425 (74%) atendidos no período de Junho do 2014 a Fevereiro do 2015, apresenta associação de mais de um fator de risco e mais do 50 % tinham uma inadequada percepção do risco de sofrer complicações por doenças cardiovasculares.

A relevância deste estudo é devido à alta prevalência e incidência, das complicações cardiovasculares (DCVs), constituindo um importante problema de saúde pública e que representa a principal causa de óbitos, seguido pelas Neoplasias, as causas externas e as doenças do Aparelho Respiratório em todas as regiões do país (BRASIL, 2011).

O cenário epidemiológico, demográfico e nutricional no Brasil, segue a mesma tendência mundial desde os anos 60, trazendo um significativo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MALTA *et al.*, 2006).

Atualmente a prevenção como conceito de risco cardiovascular global tem como referencial que os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados, pela somatória de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global de cada indivíduo, quanto maior o risco, maior o potencial de benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2006).

“O conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento das DCVs é o primeiro passo para mudanças no estilo de vida da população, subsidiando a prevenção das mesmas” (SIMÃO *et al.*, 2013).

Segundo Simão, *et al* (2013).

Desenvolver um sistema de comunicação em saúde aproveitando recursos locais (rádio, jornais locais e de grande circulação, programas de televisão, web), desenvolver e manter campanhas educativas com informações claras e acessíveis que ajudem a população na mudança dos hábitos de vida, formular estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso, construir o empoderamento do indivíduo para o autogerenciamento das suas doenças e dos seus riscos são estratégias relevantes que contribuem para a redução do impacto das DCVs.



Destaca-se que Equipe de Saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que a implementação destas estratégias de intervenção vai contribuir para a redução do impacto das DCVs e possibilitar o empoderamento dos pacientes com risco cardiovascular para o autocuidado das suas doenças e dos seus riscos.

### 3 OBJETIVOS

#### **Objetivo geral:**

Elaborar um Projeto Intervenção para implantar estratégias para modificar a percepção do risco de complicações cardiovasculares da população assistida pela equipe de saúde da família do bairro Vale do Sol do município de Ipatinga, Minas Gerais.

#### **Objetivos específicos:**

- Definir iniciativas de trabalho intersetorial na rede de saúde para conscientizar a população quanto às doenças cardiovasculares.
- Definir estratégia para conscientizar e estimular a participação da população de risco em programas de saúde e estimular a adoção de comportamentos saudáveis, que reduzissem os fatores de risco para doenças cardiovasculares.

#### 4 METODOLOGIA

A fundamentação deste trabalho apoia-se em vários momentos, inicialmente se utilizou o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional onde foi aplicado o método de estimativa rápida para identificar os problemas a serem enfrentados para que as prioridades fossem estabelecidas, com o objetivo de propor uma intervenção educativa. Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, site eletrônico do DATASUS, registros da equipe, dentre outros.

Foi feita revisão sistemática da literatura acerca do tema Risco Cardiovascular, intersetorialidade, interdisciplinaridade, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. No período de revisão se priorizou as publicações entre os últimos 5 anos, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores.

O trabalho está constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Finalmente os dados obtidos do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

As palavras-chave foram identificadas através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (BRASIL, 2014): Hipertensão Arterial; política de saúde; planejamento de assistência ao paciente.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças cardiovasculares (DCV), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são responsáveis por 16,7 milhões de mortes por ano, nas projeções para o ano 2020 esses agravos se mantêm como principal causa de óbito, e contribuem de maneira mais significativa os países em desenvolvimento, do que aqueles desenvolvidos (RAMIRES e CHAGAS, 2005).

As doenças hipertensivas, as isquêmicas do coração e cerebrovasculares são as DCV mais importantes em termos de saúde coletiva são (OMS, 2000 apud SILVA *et all.* 2015) . Segundo (BOTREL, 2000 apud SILVA *et all.* 2015) essas enfermidades têm fatores de risco modificáveis em comum, especialmente tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis, excesso de peso e alterações metabólicas como as dislipidemias. Também têm papel importante na ocorrência dessas doenças os fatores não modificáveis como sexo, idade e herança genética. As DCV têm forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causam morte e incapacitação prematuras tendo impacto sobre a economia e os sistemas de saúde e seguridade social (MALTA, 2006 apud SILVA *et all.* 2015).

Sugere-se que mais de 80% dos casos de morte por doenças cardiovasculares atualmente, estejam associados a fatores de risco já conhecidos (MACKAY e MENSAH, 2004 apud BRAGA e LEITE, 2009).

São considerados mais importantes os fatores que apresentam alta prevalência em muitas populações; os que têm impacto independente e significativo no risco para doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral; e os modificáveis ou passíveis de controle. Vem sendo enfatizado o controle do diabetes mellitus, da obesidade, da inatividade física, do uso do tabaco, da hiperlipidêmicas e da hipertensão arterial por apresentarem esses três critérios de relevância (MACKAY e MENSAH, 2004 apud BRAGA e LEITE, 2009. p. 111).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e

8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países.

Diabetes melittus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações (OPAS,2010).

A hipertensão arterial é considerada, dentre os fatores de risco modificáveis o mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral (MACKAY e MENSAH, 2004).

Segundo (BRAGA e LEITE, 2009), no Brasil, estudos de base populacional e em populações específicas confirmaram a alta prevalência desses fatores destacando-se o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002- 2003, cujos dados revelam a alta prevalência nas diferentes faixas etárias e regiões do país; o tabagismo (12,9% a 25,2%), a inatividade física (28,2% a 54,5%), a hipertensão arterial (7,4% a 59%), o sobrepeso (23% a 33,5%) e (8,1% a 12,9%) da obesidade (BRASIL,2004 *apud* BRAGA e LEITE, 2009).

Devido à relevância das doenças cardiovasculares no perfil de morbimortalidade mundial, em 2002 a OMS reafirmou como estratégia fundamental para a redução do problema o monitoramento e vigilância das doenças cardiovasculares e de seus principais fatores de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2002 *apud* BRAGA e LEITE, 2009).

Os principais fatores de risco metabólicos como excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol são impactados pelos fatores comportamentais, sendo possíveis de resultar em diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer, entre outras enfermidades (BRASIL 2012 *apud* MALTA e SILVA 2013).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Ainda hoje a organização da atenção e da gestão do SUS se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. A

mudança no perfil epidemiológico da população na qual há ascensão das doenças crônicas, não tem sido acompanhado pelo modelo de atenção, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2010a).

As Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013) desenvolvida pelo Ministério da Saúde tem entre seus objetivos contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

No âmbito da ABS, a promoção da saúde deve ser considerada como ação estratégica. Para isso, a articulação intersetorial com os demais equipamentos sociais do território (escolas, associações de moradores, igrejas) e as lideranças comunitárias é essencial para o desenvolvimento de estratégias conjuntas que impactem positivamente nas condições determinantes da saúde da população (MALTA, 2013. p. 15).

Na população da nossa área de abrangência, é muito significativa a presença dos fatores de risco já referidos e a maioria dos casos deve-se à diminuição de conhecimentos sob o tema. A busca de formas de prevenção das DCV visa à redução da morbimortalidade e, assim, melhorar a qualidade e a expectativa de vida. A pesquisa de fatores responsáveis, sua identificação e estratificação permitem que programas preventivos possam ser desenvolvidos (CESARINO, *et al* 2012).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Com a implantação do SUS foi necessário a utilização de ferramentas e tecnologias na identificação dos problemas de saúde da população para elaborar intervenções. Uma dessas ferramentas é o planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Neste trabalho foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Segundo Teixeira (2010) o PES consta de quatro momentos: explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional os quais tem um relacionamento de interdependências.

A construção da análise da situação, por exemplo, faz parte do momento explicativo, porém está fundamentada numa ideia de futuro que se pretende alcançar (momento normativo), e, ao mesmo tempo, é uma forma de avaliar o momento presente (momento tático-operacional), a partir de determinadas normas consideradas adequadas (momento normativo) para enfrentar os problemas priorizados (TEIXEIRA 2010, p.29).

A equipe azul da Estratégia de Saúde do Vale Do Sol realizou a Análise da Situação de Saúde tendo em conta cada um dos passos a seguir: a identificação, descrição, priorização e explicação dos Problemas de Saúde, logrando a identificação das necessidades sociais para determinar prioridades de ação.

A identificação de problemas e necessidades de saúde exige que se caracterize a população de acordo com variáveis demográficas (sexo, idade), socioeconômicas: renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.; culturais: grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.) e políticas (desejos, interesses, problemas, necessidades e demandas) (TEIXEIRA 2010, p.57).

A equipe fez uso do método de estimativa rápida que segundo Campos; Faria; Santos, (2010) permite obter toda informação das variáveis demográficas necessárias, fazendo uso de três fontes: registro da equipe, entrevistas e outras fontes secundárias e com isto dados é possível de forma superficial descrever o perfil da população.

No desenvolvimento do método da Estimativa Rápida o primeiro passo é definir o perfil de planejamento que deve contemplar quatro blocos de informação que contemplam, o levantamento dos problemas e necessidades da comunidade e,

os recursos existentes e as intervenções orientadas á solução dessas necessidades (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para elaboração do plano de ação foram levados em conta os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

1. Definição dos problemas;
2. Priorização dos problemas;
3. Descrição do problema;
4. Explicação do problema;
5. Seleção dos nós críticos;
6. Desenho das operações;
7. Identificação dos recursos críticos;
8. Análise da viabilidade do plano;
9. Elaboração do plano operativo;
10. Gestão do plano operativo.

Feita a identificação dos problemas, a equipe realizou a priorização dos que serão enfrentados; para seleção dos problemas, se considerou: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los. Após foi feita a descrição e caracterização para ter-se a ideia da realidade.

Tendo como referências esta metodologia a equipe azul do Vale do Sol fez o diagnóstico situacional, a continuação se detalha a lista de problemas identificados, sua priorização, descrição, caracterização, e identificação dos nós críticos.

Os problemas mais relevantes identificados pela equipe foram:

1. Alta incidência de infecções respiratórias agudas.
2. Prevalência elevada de consultas de pacientes com uso prolongado de psicofármacos.
3. Índice elevado de pacientes com doenças osteoarticulares.
4. Baixo índice de cadastramento de pacientes com acompanhamentos em programas (hipertensão e saúde mental).
5. Elevada incidência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres em idade reprodutiva.
6. Elevada incidência de fatores de risco cardiovascular.
7. Inadequada percepção do risco de sofrer complicações por doenças cardiovasculares.



## 8. Baixa adesão ao tratamento em pacientes idosos.

**Quadro 1** – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Vale do Sol.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>	<b>Importância</b>
1-Inadequada percepção do risco de sofrer complicações por doenças cardiovasculares.	ALTA	12	DENTRO	1	ALTA
2-Elevada incidência de DTS em mulheres em idade reprodutiva	ALTA	7	PARCIALMENTO DENTRO	2	ALTA
3-Baixa adesão ao tratamento em pacientes idosos.	ALTA	6	PARCIALMENTE DENTRO	3	ALTA
4-Índice elevado de pacientes com doenças osteoarticulares.	MEDIA	5	PARCIALMENTE DENTRO	4	MEDIA

Fonte: ASS 2015

Após classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Vale do Sol a equipe definiu iniciar o trabalho com o primeiro problema priorizado:

- O 73% dos pacientes com riscos cardiovasculares associados mostraram uma inadequada percepção do risco de sofrer complicações por doenças cardiovasculares.

Para a descrição se utilizou dados do SIAB 2014 e dos registros da equipe:

**Quadro 2** – Descritores do problema risco cardiovascular aumentado Equipe azul. 2015

Descritores		
Hipertensos cadastrados	345	SIAB
Hipertensos confirmados	653	Registro da equipe
Hipertensos controlados	589	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia	292	Registro da equipe
Sobrepeso	115	Registro da equipe
Tabagistas	80	Registro da equipe
Sedentários	160	Registro da equipe
Complicações de problemas cardiovasculares	123	Registro da equipe
Internações por causas cardiovasculares	58	Registro da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	8	Registro da equipe

Fonte: IBGE 2014/ Registro da equipe

Para entender a gênese do problema é necessária sua explicação a partir da identificação de suas causas. Entre as causa relacionadas com os pacientes temos que a população é composta por indivíduos de baixo poder aquisitivo e escolaridade, aspecto que influi negativamente nos estilo de vida. O baixo número de pacientes

que informaram prática de atividade física é muito preocupante, o estilo de vida sedentário tem impacto significativo sobre a incidência de mortalidade por doenças cardiovasculares, a não adesão ao tratamento pelo paciente (erros nas tomadas das doses, dificuldades na compreensão da prescrição, diversas tomadas ao dia, entre outros fatores) tem sido identificado como a causa principal da pressão arterial não controlada, representando um risco significativo de eventos cardiovasculares, assim como a associação, que várias das principais DCNT, mantêm com um conjunto de fatores, em que se destacam tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, dislipidemias, baixo consumo de frutas e hortaliças e inatividade física. Além destas causas estão as relacionadas com o processo de trabalho da equipe de saúde; fornecimento de receita com prescrições ilegíveis, orientação inadequada sobre a prescrição, falta de planejamento de atividades educativas, falta de atualizações e capacitações sobre o tema.

Os nós críticos identificados pela equipe foram:

- 1-Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
- 2-Hábitos e estilos de vida inadequados.
- 3-Baixo nível de informação da população.

Nossa equipe propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários para sua execução (Quadro 2,3 e 4).

**Quadro 2** – Operações sobre o nó crítico: Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado relacionado ao problema, “Percepção sobre o risco de complicações cardiovascular nos pacientes com hipertensão arterial na área de abrangência da equipe azul, unidade de saúde Vale do Sol”, Ipatinga, Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
<b>Operação</b>	Linha de Cuidado. Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado.
<b>Projeto</b>	“Caminhada do futuro”
<b>Resultados esperados</b>	Cobertura de 70% da população com risco cardiovascular aumentado.
<b>Produtos esperados</b>	Linha de cuidado risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados;
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: elaboração de projeto e treinamento da equipe  Político: Articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitiva: elaboração de projeto e treinamento da equipe.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe de saúde.  Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Adesão da equipe de saúde.  Apresentação do projeto.
<b>Responsáveis:</b>	Medica Lesyani Lopez.  Enfermeira Patrícia Cobalxi.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 1 mês após aprovação do projeto e terminação em 3 meses.

**Quadro 3** – Operações sobre o nó crítico: “Hábitos e estilos de vida inadequados” relacionado ao problema, “Percepção sobre o risco de complicações cardiovascular nos pacientes com hipertensão arterial na área de abrangência da equipe azul, unidade de saúde Vale do Sol”, Ipatinga, Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilos de vida inadequados.
<b>Operação</b>	Modificar hábitos e estilos de vida
<b>Projeto</b>	+Vida
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir em 25 % o número de sedentários, e em 15 % o número de tabagistas e obesos no prazo de um ano.
<b>Produtos esperados</b>	Programa de atividades físicas do educador físico do NASF. Campanha educativa nas igrejas locais. Grupos operativos.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Organizacional: organizar agenda de trabalho; Organizar grupos para atividade física e grupos operativos.  Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação;  Político: espaço nas igrejas, mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	Político: espaço nas igrejas, mobilização social.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe de saúde. Educadora física do NASF. Conselho local de saúde.  Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apoio dos setores sociais.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 1 meses após Implantada a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado e terminação em 12 meses.

**Quadro 4** – Operações sobre o nó crítico: “Baixo nível de informação da população” relacionado ao problema, “Percepção sobre o risco de complicações cardiovascular nos pacientes com hipertensão arterial na área de abrangência da equipe azul, unidade de saúde Vale do Sol”, Ipatinga, Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Baixo nível de informação da população
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.
<b>Projeto</b>	Aprendendo+
<b>Resultados esperados</b>	População mais informada sobre riscos cardiovasculares
<b>Produtos esperados</b>	Campanha educativa para população geral nas igrejas locais; Grupos operativos; Capacitação dos ACS e de cuidadores.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacionais: organização da agenda de trabalho. Cognitivo: Projeto de intervenção para aumentar nível de informação da população; Políticos: articulação intersetorial e mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	Político: Apoio intersetorial e mobilização social.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe de saúde. Conselho local de saúde. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do projeto.
<b>Responsáveis:</b>	Medica Lesyani Lopez Enfermeira Patrícia Cobalxi.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 1 meses após Implantada a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado e terminação em 12 meses.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta por um panorama de saúde que se corresponda com o desenvolvimento econômico do país tem que estar baseadas nas problemáticas reais de cada região.

O planejamento em saúde, e mais ainda na atenção primária, constitui um instrumento de muito valor para garantir esse direcionamento, para uma atenção integral e humanizada à população.

O profissional da atenção primária da saúde além dos conhecimentos relacionados à sua especialidade estabelece relações interpessoais com as pessoas que atende. Seu trabalho depende, portanto, da qualidade técnica e interacional associadas. Não é suficiente ao profissional só ter habilidades técnicas é necessário um olhar mais humanizado de cada usuário, com necessidades, desejos, medos e carências inseridos em um contexto social complexo.

O trabalho coordenado de uma equipe multiprofissional, pode ter ótimos resultados na modificação da qualidade de vida de uma população, mas exige qualificação da equipe e mudança no processo de trabalho. A aquisição de conhecimento é apenas o primeiro passo e muito importante, a implementação efetiva das mudanças é um processo que acontece gradativamente, que requer de ações permanentes, contínuas e individualizadas, que respondam às necessidades individuais de cada paciente, além de ações comunitárias que permitam ampliar o campo de ações tendo em consideração o custo-benefício, com o objetivo de poder manter o trabalho por longos períodos.

Com este projeto se pretende aumentar o nível de conhecimento da população sobre o risco cardiovascular e suas complicações, modificar estilo de vida dos pacientes, logrando assim diminuir a incidência de morbidade, diminuição das complicações e melhora da qualidade de vida da população.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [S.l.], São Paulo, v. 15, p.1123-1132, 2010.

BRAGA, E. B. D. V.; LEITE, C. M. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasil, 2013. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/ipatinga\\_mg#idh](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ipatinga_mg#idh)>. Acesso: 22 Maio 2015.

BRASIL. DATASUS: Informações de saúde, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida.SIM.2013.pdf>>. Acesso em: 10 Maio 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde: Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, p. 56, 2006. Disponível em: <[http://www.sbn.org.br/pdf/cadernosAtencao/14\\_Prevencao\\_DCV.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/cadernosAtencao/14_Prevencao_DCV.pdf)>. Acesso em: 10 Maio 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 10 Maio 2015.

CAMPOS, FRANCISCO CARLOS, C.; FARIA, HORACIO, P.; SANTOS, MAX, A.: Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG, Belo Horizonte 2da Ed, p. 118, 2010.

CESARINO, Evandro José *et al.* Assessment of cardiovascular risk of patients with arterial hypertension of a public health unit. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2012, vol.10, n.1, pp.33-38. ISSN. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082012000100008&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100008&tlng=pt)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA. Cidades. Ipatinga, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/ipatinga.pdf>>. Acesso em: 10 Maio 2015.

IPATINGA. Secretaria Municipal de Educação. Departamento Pedagógico/seção de ensino formal Centro de Formação pedagógica: Conhecendo o Município de Ipatinga. Ipatinga, MG, 2015a. Disponível em: <<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2=&ie=UTF-8#q=PREFEITURA+MUNICIPAL+DE+IPATINGA+Perfil+munic%C3%ADpio+de+Ipatinga>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

IPATINGA. Plano Municipal de educação 2014. Ipatinga, MG, 2014. Disponível em: <<http://www.ipatinga.mg.gov.br/>>. Acesso em: 10 Maio 2015.



IPATINGA. Sistema informatizado (SANITA), Ipatinga, MG, 2015 b.

IPATINGA. Relatório de Gestão período de Janeiro a Dezembro de 2013. Ipatinga, MG, 2013.

MALTA, D. C.; SILVA JR. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp.151-164. ISSN 1679-4974. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?cript=sci\\_arttext&pid=S167949742013000100016](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S167949742013000100016)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 01 jun. 2015.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias Brasília – DF 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes*. Brasília, 2010.

Ramires JA, Chagas AC. Panorama das doenças cardiovasculares no Brasil. In: Nobre F, Serrano CV, editores. *Tratado de cardiologia SOCESP*. São Paulo: Manole; 2005.

Silva S. M.; Raggio R. L.; Alves R. P. Fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares em adultos de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, *REV BRAS EPIDEMIOL ABR-JUN 2015; 18(2)*. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v18n2/pt\\_1415-790X-rbepid-18-02-00425.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v18n2/pt_1415-790X-rbepid-18-02-00425.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SIMAO, A. F. et AL. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. 101, n. 6, supl. 2, p. 1-63, Dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013004500001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004500001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Maio 2015.

Teixeira, Carmen, F. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA. 2010. p.29, 60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.