

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

REGLA CARIDAD NORIEGA ZEQUEIRAS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE
RISCO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO
MUNICÍPIO GONÇALVES – MINAS GERAIS**

ALFENAS - MINAS GERAIS

2016

REGLA CARIDAD NORIEGA ZEQUEIRAS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE
RISCO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO
MUNICÍPIO GONÇALVES – 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.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

ALFENAS - MINAS GERAIS

2016

REGLA CARIDAD NORIEGA ZEQUEIRAS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE
RISCO DAS DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS NO
MUNICÍPIO GONÇALVES – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes – orientadora (colaborador externo)

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 13/06/2016.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, sendo as mais importantes: a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hiperlipidemias, e as doenças cerebrovasculares. O Plano de Ações para as doenças não transmissíveis é a resposta brasileira para enfrentar essa preocupação mundial. Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para diminuir os fatores de riscos que incidem na aparição das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações na população de Gonçalves. Para contribuir na elaboração do projeto de intervenção foi feita uma pesquisa nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema objeto deste estudo. O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional onde foram trabalhados os seguintes “nós” críticos: hábito e estilo de vida inadequada; desconhecimento dos pacientes sobre as doenças crônicas não transmissíveis; serviços de saúde com estrutura inadequada; processo de trabalho da equipe de saúde inadequado; organizações governamentais não envolvidas no processo de saúde; escasso conhecimento de alguns profissionais de saúde sobre as doenças crônicas não transmissíveis e pouca utilização das áreas esportivas em função da melhoria da saúde. Pretende-se com este trabalho contribuir para modificar a realidade do município de Gonçalves, com diagnósticos e intervenções corretas e oportunas das doenças crônicas não transmissíveis.

Descritores: Saúde da Família. Hipertensão. Atividade Física.

ABSTRACT

Chronic Diseases No communicable is major public health problems in Brazil, the most important being: systemic hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and cerebrovascular disease. The Action Plan for NCDs is the Brazilian response to address this global concern. This work aims to propose an action plan to reduce the risk factors that affect the appearance of chronic no communicable diseases and their complications Gonçalves population. To contribute to the development of the intervention project was made a search in the databases of the Virtual Health Library to raise the existing evidence on the object subject of this study. The intervention project was designed following the steps of situational strategic planning where they worked the following "us" critics: habit and style of inadequate life; Ignorance of patients on chronic diseases; health services with inadequate structure; working process of inappropriate health team; governmental organizations not involved in the healthcare process; limited knowledge of some health professionals on chronic diseases and limited use of sports facilities due to improved health. The aim of this work help change the reality of Gonçalves municipality with correct and timely diagnosis and intervention of chronic no communicable diseases.

Descriptors: Family Health. Hypertension. Physical activity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
2 JUSTIFICATIVA	08
3 OBJETIVOS	10
4 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO DA LITERATURA	12
6 PLANO DE AÇÃO	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERENCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, sendo as mais importantes: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, hiperlipidemias, doenças cerebrovasculares, conjuntamente com elevada incidência de fatores de riscos como tabagismo, sedentarismo, obesidade, alcoolismo (BRASIL, 2011).

Essas doenças são hoje responsáveis pela maioria das mortes em muitos países, atingindo pessoas de alta, média ou baixa condição socioeconômica. O Plano de Ações para DCNT é a resposta brasileira para enfrentar essa preocupação mundial. Ninguém começa a prevenção e a promoção com os primeiros sintomas dessas doenças. Por isso, precisamos sensibilizar toda a sociedade para um problema que já começa na infância e na adolescência, em consequência do aumento no índice de obesidade, de sedentarismo e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

A finalidade deste estudo é propor aos serviços básicos de saúde do município Gonçalves a adoção de novas ferramentas necessárias para que os usuários logrem melhorar a sua saúde, controlando os fatores de risco das DCNT.

Por isso surgiu a ideia de fazer esta proposta de intervenção para que a equipe de trabalho possa intervir com mais resultados no problema das DCNT, com apoio das instituições do município de Gonçalves.

2 JUSTIFICATIVA

Ao me incorporar à equipe de saúde da família no município de Gonçalves, graças ao Programa Mais Médicos, em março 2014, imediatamente, junto aos membros da equipe fiz a análise da situação de saúde do município, ferramenta fundamental para identificar os principais problemas de saúde da população. Entendemos que, apesar da gravidade das DCNT, principal causa de mortalidade no Brasil e do aumento de sua incidência, grande parte dessas doenças poderia ser evitada.

Tabela 1 - Número absoluto e proporção (%) de óbitos segundo causas básicas. Brasil, 2011

CAUSA	ÓBITOS (N)	%
Doenças crônicas não transmissíveis	705.597	67,3
Cardiovasculares	308.466	29,4
Neoplasias	158.600	15,1
Doenças respiratórias	59.154	5,6
Diabetes <i>mellitus</i>	47.718	4,6
Outras doenças crônicas	131.659	12,6

Fonte: BRASIL, 2011

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as doenças crônicas não transmissíveis foram, em 2007, a principal causa de morte no país, concentrando 67,3% do total de óbitos. Como as DCNT mais frequentes (doença cardiovascular, diabetes e câncer) compartilham vários fatores de risco, identificamos a necessidade de uma abordagem de prevenção e controle integrados, focada em todas as idades e baseada na redução dos seguintes problemas: hipertensão arterial, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia.

Contudo, apesar da possibilidade de prevenção, as DCNT permanecem como um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde nos dias atuais. Caso não sejam adequadamente gerenciadas, as condições crônicas não só serão a

primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020 como também se tornarão o problema mais dispendioso para os nossos sistemas de saúde. (MENDES, 2009).

Nesse contexto, programas de intervenção de base comunitária que integrem promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 1970, com o intuito de diminuir a morbidade e a mortalidade por DCNT por meio da redução dos fatores de risco nas comunidades (MENDES, 2009)

Pretendo com esta proposta contribuir para modificar os fatores de risco na população de Gonçalves para as DCNT.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral.

Propor um plano de intervenção para diminuir os fatores de riscos que incidem na aparição das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações na população de Gonçalves.

3.2 Específicos

Identificar ações de promoção da saúde que contribuam na modificação dos fatores de riscos que provocam as doenças crônicas não transmissíveis.

Propor junto a equipe de saúde e a comunidade, ações de saúde que contribuam para controlar as doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo na redução das comorbidades e mortalidade associadas.

Estimular o autocuidado dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

4 METODOLOGIA

O caminho metodológico constou de dois momentos: O primeiro da análise dos principais problemas, sendo realizada uma observação e interpretação da realidade do município (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para conhecer as motivações dos usuários, o grau de conhecimento das doenças, a participação nas atividades de promoção de saúde, o interesse das instituições em colaborar na resolutividade dos problemas de saúde. Para tanto foi utilizado o método de entrevistas com os informantes chaves (usuários, agentes comunitários de saúde e trabalhadores da área de saúde). Também observamos a estrutura da área dos serviços, e processo de trabalho da equipe de saúde.

Estas informações serviram para a elaboração de um plano de ação, envolvendo os integrantes da equipe de saúde da família local e avaliado pelo gestor de saúde do município de Gonçalves. Este Plano propõe ações para uma série de problemas identificados com seus “nós críticos”, que precisam ser resolvidos para melhorar a saúde dos usuários.

No segundo momento realizou-se uma revisão teórica científica na Internet, dos determinantes dos problemas encontrados. Para a busca de artigos científicos foi utilizada a palavra chave “Saúde da Família”, seguida dos seguintes descritores, um a cada vez: Hipertensão, obesidade, antiolesterolemiantes, alcoolismo, atividade física.

Foram pesquisados os sites do Ministério da Saúde, sociedades científicas ligadas às DCNT e artigos científicos na base da SCIELO, que contem artigos das melhores revistas científicas do Brasil e da América Latina. Esta atualização permitiu avaliar e adequar o Plano elaborado às mais recentes recomendações da ciência médica brasileira e mundial.

5 REVISAO BIBLIOGRAFICA

5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Fatores de risco.

Com o aumento da expectativa de vida, as populações vêm apresentando doenças muitas vezes associadas ao processo de envelhecimento, como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente as cardiovasculares, que representam a primeira causa de morte no mundo. No Brasil, como em outros países da América Latina, observou-se nas últimas décadas, uma grande mudança no perfil da mortalidade da população (MENDES, 2009).

Entre as DCV a HAS tem prevalência estimada em 35% na população acima de 40 anos, as mesmas implicam em custos crescentes e preocupantes com tratamento de saúde (BEAGLEHOLE *et al.*, 2011a)

Observa-se que esta expansão acelerada das doenças crônicas, fato incontestável no mundo globalizado, constitui-se num desafio também para o Brasil, onde, nos últimos anos as doenças crônicas não transmissíveis têm respondido por 69% dos gastos com assistência no Sistema Único de Saúde (MENDES, 2009).

Risco em epidemiologia significa a probabilidade de que pessoas saudáveis, expostas a certos fatores, adquiram uma doença. Estes fatores que estão associados a um risco aumentado de adoecer são chamados de fatores de risco. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são causas importantes de morbidade, mortalidade e invalidez no Brasil. Para estas doenças existem vários fatores de risco, relacionados entre si, cuja prevenção reduziria o aparecimento de novos doentes, atenuaria o surgimento de lesões irreversíveis ou complicações que levariam a graus variáveis de incapacidades, até invalidez permanente. (BEAGLEHOLE *et al.*, 2011b).

Podemos citar alguns fatores de risco importantes para as DCNT como a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo inadequado do sal, gorduras e açúcar, o estresse e o sedentarismo. Mas, tendo em vista que seus principais

fatores de risco acima mencionados são passíveis de controle, e estando cada um deles associado a várias doenças, a redução de um deles resulta na prevenção e controle de várias doenças ao mesmo tempo. Por exemplo: quando uma pessoa controla seu peso estará contribuindo para evitar a obesidade, o diabetes, o infarto do coração, o derrame, o câncer, as doenças ósteo-articulares e as doenças crônicas do pulmão (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2009).

Como estratégia para o enfrentamento deste problema, foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, com a participação de diferentes instituições, Secretarias e áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros órgãos governamentais. Divulgado na Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas, em setembro de 2011. O plano define e prioriza as ações e os investimentos necessários ao país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos e fundamenta-se em três diretrizes principais. (BRASIL, 2011).

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento.
- Promoção da saúde.
- Cuidado integral.

A implantação do Plano depende da mobilização de toda a sociedade civil, para a priorização das DCNT nas políticas e nos investimentos nacionais. Quanto à vigilância em saúde, os principais fatores que podem ser modificados nas DCNT são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como abstenção do fumo e controle do estresse mental. Porém, o comportamento e os hábitos de vida sofrem influências das condições de oferta, demanda, consumo, cultura e relações sociais (BRASIL, 2011).

A prevenção e a promoção da saúde são alternativas para o enfrentamento dos diversos fatores epidemiológicos das DCNT. Na promoção da saúde, as condutas de risco podem ser respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2011).

5.2 O fator de risco da hipertensão arterial e medidas de prevenção

A hipertensão arterial, considerada uma doença crônica, pode ser influenciada pelo grau de participação na modificação do estilo de vida dos indivíduos portadores de tal patologia, dependendo de fatores, como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares é a hipertensão arterial, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo produzir lesões. Daí a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal (WORLD HEALTH ORGANIZATION., 2009).

O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pelo nível elevado e sustentado da pressão arterial, associada frequentemente às alterações funcionais e/ou metabólicas em órgãos alvos com aumento do risco de eventos cardiovasculares, fatais ou não fatais, conforme o consenso da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010).

Considerada também o principal fator de risco para complicações, como o acidente vascular encefálico, o infarto agudo do miocárdio e a doença renal crônica, a HAS pode ser definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010).

A HAS é uma doença crônica que se configura como um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em virtude de sua alta prevalência, elevado

custo socioeconômico e especialmente pela magnitude de suas complicações. É uma patologia de ascendente prevalência no mundo contemporâneo, no qual os hábitos de vida descompensados e elevados coeficientes de obesidade incorporados ao envelhecimento da população reforçam as estatísticas. O risco de complicações decorrentes da hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres, sendo esta diferença menor nos grupos mais idosos. (MACHADO, 2012).

Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa. No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada. O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde (BRASIL, 2006).

Cuba apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha,

Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a labor de prevenção e promoção eficaz que existe na atenção básica de saúde. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde. O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) (OPAS, 2011)

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobre tudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2013).

Os fatores de risco para a HAS relacionam-se à idade, sexo, cor da pele, excesso de peso, obesidade, ingestão de sal, consumo de álcool, sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, fatores sócios econômicos e genéticos. (PEREIRA, 2015). As possíveis causas da HAS primária estão relacionadas às alterações no sistema nervoso autônomo, no metabolismo renina-angiotensina-aldosterona, na reabsorção de sódio renal e das variações genéticas. As causas secundárias da HAS estão relacionadas à feocromocitoma, Síndrome de Cushing, hipertireoidismo e hipotireoidismo, doença renal crônica, distúrbios renovasculares, uso de anticoncepcionais orais, coarctação da aorta, aldosteronismo primário, entre outros (PEREIRA, 2015).

A medida sustentada da pressão arterial obedece a critérios como o preparo adequado do paciente, técnica padronizada e equipamento calibrado. Os métodos de precisão mais utilizados para obtenção da pressão arterial são em consultório, a auto medida (AMPA), monitorização residencial (MRPA), monitorização ambulatorial (MAPA). A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Um estudo com 14783 indivíduos que apresentavam valores de pressão arterial sistólica e diastólica acima de 140 x 90 mmhg, constatou que apenas 19,6% deles realizavam o respectivo controle da pressão arterial (PEREIRA, 2015).

Os profissionais de saúde, destacando-se o enfermeiro, devem prestar uma assistência na qual viabilize o autocuidado do paciente e a sua adesão ao tratamento, visto que cada um é responsável pelo seu próprio bem-estar e sua qualidade de vida.

A equipe de saúde deve auxiliar o paciente na adesão ao tratamento da HAS estimulando-o, por meio de educação em saúde, a mudar os hábitos de vida e seguir o tratamento medicamentoso prescrito, sempre respeitando a individualidade de cada um. As ações educativas e terapêuticas para aumentar a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo devem ser desenvolvidas não só com os pacientes, mas também com seus familiares e a comunidade. Pode utilizar de todas as estratégias disponíveis para orientar, educar e motivar o paciente a fim de fazer com que este adote o tratamento adequadamente. As estratégias incluem: reuniões individuais, palestras, simpósios, teatros, folhetos explicativos e vídeos (GUSMÃO, 2009).

O tratamento da HAS, medicamentoso ou não, depende da evolução da doença e da classificação de risco. A meta primordial que é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. O tratamento não medicamentoso baseia-se na mudança de estilo de vida que envolve controle do peso, diminuição da ingestão de álcool, redução da ingestão de sódio, da gordura saturada e do colesterol, além da ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio, cessar o hábito de fumar e participar regularmente de programas de exercícios físico e controlar o estresse à medida do possível. (PEREIRA, 2015)

O problema tende a ser silencioso e deve ser sistematicamente investigado e a adesão terapêutica é parte do comportamento humano envolvido na saúde e a expressão da responsabilidade dos indivíduos com seus cuidados e manutenção. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, 32)

a Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, busca melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva, facilitar o acesso; orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social; estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos para efeitos); manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na RENAME, que estão disponíveis na farmácia básica e/ou na farmácia popular; encorajar modificações no estilo de vida; integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas; prescrever formulações favorecendo a longa ação; tentar nova abordagem em terapias sem sucesso; antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los; adicionar gradualmente drogas efetivas.

Apesar da equipe está organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas. Além do risco cardiovascular, a equipe precisa estar atenta às vulnerabilidades, potencial para o autocuidado e outras situações que requerem atendimento imediato (BRASIL, 2013)

Segundo as variáveis sexo e etnia, a prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%) e mulheres (26,1%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas. Fatores socioeconômicos: Nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Dietas inadequadas, obesidade e hipercolesterêmica como fator de risco para DCNT e medidas de prevenção na atenção básica.

O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade (BRASIL, 2013)

O consumo dos alimentos pode levar à ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial e no sistema cardiovascular. Os alimentos "de risco", ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os "de proteção", ricos em fibras e potássio, são permitidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Inúmeras evidências mostram benefícios na restrição do consumo de sal, a saber:

- Redução da pressão arterial.
- Menor prevalência de complicações cardiovasculares.
- Menor incremento da pressão arterial com o envelhecimento.
- Possibilidade de prevenir a elevação da pressão arterial.
- Regressão de hipertrofia miocárdica.

Estudos randomizados comparando dieta hipossódica com a dieta habitual, com ou sem redução de peso, demonstram efeito favorável, embora modesto, na redução da pressão arterial com a restrição de sal. Há evidências de que a pressão arterial varia diretamente com o consumo de sal tanto em normotensos como em hipertensos. Portanto, mesmo reduções modestas no consumo diário podem produzir benefícios. A dieta habitual contém de 10 a 12 g/dia de sal. É saudável uma pessoa ingerir até 6 g de sal por dia (100 mmol ou 2,4 g/dia de sódio), correspondente a quatro colheres de café (4 g) rasas de sal adicionadas aos alimentos, que contêm 2 g de sal. Para tanto, recomenda-se reduzir o sal adicionado aos alimentos, evitar o saleiro à mesa e reduzir ou abolir os alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos. Por outro lado, a redução excessiva do consumo de

sal também deve ser evitada, principalmente em pacientes em uso de diuréticos, podendo provocar hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração (OPAS, 2010).

Padrão alimentar é definido como o perfil do consumo de alimentos pelo indivíduo ao longo de um determinado período de tempo. É utilizado no estudo da relação entre a ingestão de certos nutrientes e o risco de doenças, pois permite uma compreensão mais clara sobre a alimentação como um todo, em lugar de se considerarem os nutrientes individualmente (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2007).

A dieta preconizada pelo estudo Dietary Approachs to Stop Hypertension (DASH) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos. Compõe-se de quatro a cinco porções de frutas, quatro a cinco porções de vegetais e duas a três porções de laticínios desnatados por dia, com menos de 25% de gordura (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Dietas vegetarianas podem ocasionar discreta redução na pressão arterial sistólica em hipertensos leves. O estilo de vida vegetariano com atividade física regular, controle de peso, aumento do consumo de potássio e baixa ingestão de álcool e a dieta em si, rica em fibras, pode ser favorável na redução do risco cardiovascular.

O hábito alimentar dos hipertensos deve incluir: redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos; retirada do saleiro da mesa; restrição das fontes industrializadas de sal: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados. Uso restrito ou abolição de bebidas alcoólicas, preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Recomenda-se a redução de alimentos de alta densidade calórica, substituindo doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas, diminuindo o consumo de bebidas açucaradas e dando preferência a adoçantes não calóricos; inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase em vegetais ou frutas cítricas e cereais integrais; opção por alimentos com reduzido teor de gordura, eliminando as gorduras hidrogenadas ("trans") e preferindo as do tipo mono ou poli-insaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco; ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados; busca de forma prazerosa e palatável de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados; plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

É indispensável uma dieta com frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura apresenta quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio, proporcionando efeito favorável em relação à redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral. Não existem dados suficientes para recomendar suplementação de cálcio ou magnésio como medida para baixar a pressão arterial, se não houver hipocalcemia ou hipomagnesemia. Além disso, suplementação de cálcio excedendo 1 g/dia pode aumentar o risco de litíase renal (MENDES,2009).

A obesidade ou excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial¹⁶; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado. Estudos sugerem que obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total¹⁹. Indivíduos com nível de pressão arterial ótimo, que ao correr do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão. A perda de

peso acarreta redução da pressão arterial (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

O controle da obesidade em Hipertensos com excesso de peso deve ser incluído em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento de atividade física. A meta é alcançar índice de massa corporal inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja suficiente para reduzir a pressão arterial. A redução do peso está relacionada à queda da insulinemia, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático.

Controle das Dislipidemias: A hipercolesterolemia - aumento do colesterol ruim no sangue ou LDL-colesterol é um dos maiores fatores de risco cardiovascular. Os alimentos ricos em colesterol ou em gorduras saturadas são: porco (banha, carne, bacon, torresmo), carne de gado com gordura visível, linguiça, salame, mortadela, presunto, salsicha, sardinha, miúdos (coração, moela, fígado, miolos, rim), dobradinha, caldo de mocotó, frutos do mar (camarão, mexilhão, ostras), pele de frango, couro de peixe, leite integral, creme de leite, nata, manteiga, gema de ovo e suas preparações, frituras com qualquer tipo de gordura, óleo, leite e polpa de coco, azeite de dendê, castanhas, amendoim, sorvetes, chocolate e derivados. O HDL-colesterol - conhecido como bom colesterol - quando está baixo, pode ser aumentado em resposta à redução do peso, à prática de exercícios físicos e à suspensão do hábito de fumar. O aumento dos triglicérides deve ser tratado com medidas dietéticas, como a redução da ingestão de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas. Quando necessário, recomenda-se o uso de fibratos, prescritos por seu médico. Entre os alimentos que aumentam os triglicérides estão todas as preparações que contenham açúcar. Mel e derivados, cana de açúcar, garapa, melado, rapadura, bebidas alcoólicas e todos os alimentos ricos em gordura. Como medidas dietéticas gerais recomenda-se aumentar o conteúdo de fibras da dieta, substituir os carboidratos simples (açúcar, mel e doces) pelos complexos (massas, cereais, frutas, grãos, raízes e legumes), restringir bebidas alcoólicas, reduzir a ingestão de gorduras saturadas, utilizando preferencialmente gorduras mono e poli-insaturadas na dieta (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

5.3 O alcoolismo com fator de risco para DCNT e medidas de prevenção na atenção básica

Segundo Heckman; Silveira (2009) o consumo de bebidas alcoólicas é causa de doenças e mortes evitáveis, e seu uso causa, ao longo do tempo, uma serie agravos a saúde física, psicológica e social. Está associada às DCNT; mesmo com todo esse impacto pode se observar que muitos países não dão o devido valor ao consumo da substancia.

Considera-se que o uso nocivo do álcool seja responsável por 2,3 milhões de mortes a cada ano, correspondendo a 3,8% de todas as mortes no mundo. Mais da metade desses óbitos são causados por DCNT, incluindo câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática. O consumo *per capita* de bebidas alcoólicas é mais alto em países de alta renda. O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol (HECKMAN; SILVEIRA , 2009).

Recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso. Aos pacientes que não se enquadrarem nesses limites de consumo, sugere-se o abandono (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

5.4 O fator de risco tabagismo e medidas de prevenção na atenção básica.

O tabagismo é um grave problema de saúde pública É fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais. Responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica

(enfisema), 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames) e 30% das mortes por câncer. E 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. Desencadeia e agrava condições como a hipertensão e diabetes. Também aumenta o risco das pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose. Mata 5 milhões de pessoas anualmente no mundo. No Brasil são 200 mil mortes anuais. Se a atual tendência de consumo se mantiver, em 2020, serão 10 milhões de mortes por ano e 70% delas acontecerão em países em desenvolvimento. É mais do que a soma das mortes por alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios juntos. Tabagismo – uma doença A nicotina do tabaco causa dependência química similar à dependência de drogas como heroína ou cocaína.

O tabagismo está na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. É considerada uma doença pediátrica, pois a idade média da iniciação é 15 anos, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014).

Seu tratamento, para o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014), deve fazer parte das rotinas de atendimento na atenção de saúde do SUS, como para hipertensão e diabetes. As pessoas que não fumam, mas são submetidas ao tabagismo passivo em ambientes fechados, têm um risco 30% maior de desenvolverem câncer de pulmão, 25% maior de desenvolverem doenças cardiovasculares além de asma, pneumonia, sinusite, dentre outras.

O tabagismo passivo é a 3ª causa de morte evitável no mundo e o maior responsável pela poluição em ambientes fechados. Não existe sistema de ventilação para ambientes fechados que seja eficiente para eliminar a exposição às substâncias tóxicas da fumaça ambiental do tabaco nem seus riscos. Desde 1989, o Ministério da Saúde articula através do seu Instituto Nacional de Câncer, as Ações Nacionais de Controle do Tabagismo (MACHADO,2012).

Estas ações foram construídas e consolidadas ao longo dos últimos 18 anos, através de uma rede de parcerias composta de gerentes designados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, outros setores do Ministério da

Saúde, diferentes órgãos do governo, além de representações variadas da sociedade civil organizada. Os objetivos estratégicos propostos pelo Instituto Nacional do Câncer (2014) para controlar o tabagismo no Brasil são:

- Reduzir a aceitação social do ato de fumar.
- Reduzir os estímulos sociais e econômicos para o consumo;
- Prevenir a iniciação no tabagismo.
- Proteger a população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco.
- Promover e apoiar a cessação de fumar.

O município pode contribuir para o fortalecimento do controle do tabagismo no SUS.

De diferentes maneiras, como:

- Aderir às Campanhas da agenda do Programa Nacional de Controle do Tabagismo: • Dia Mundial sem Tabaco – 31 de maio; • Dia Nacional de Combate ao Fumo – 29 de agosto;
- Promover ações educativas nas escolas – inclusão do tema no currículo e escolas 100% livres de fumo;
- Promover a fiscalização da venda de cigarros a menores de idade
- Promover ambientes de trabalho 100% livres de fumo, sobretudo em órgãos públicos;
- Promover o cumprimento da legislação sobre ambientes livres de fumo nos órgãos públicos e em todos os ambientes públicos fechados;
- Promover a fiscalização do cumprimento da legislação sobre ambientes livres de fumo através de suas vigilâncias sanitárias;
- Implantar o tratamento para deixar de fumar nas unidades de atenção básica;
- Promover a inclusão do tema lares livres de fumo e cessação do tabagismo na agenda dos profissionais das equipes de saúde da família;
- Realizar inquéritos para levantamento de prevalência de tabagismo entre adultos, escolares, profissionais de educação e profissional de saúde;
- Promover e apoiar a pactuação dessas ações nas Comissões Intergestores do SUS;

Apoiar as iniciativas do Ministério da Saúde para promover avanços legislativos e econômicos para o controle do tabagismo (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010)

5.5 A inatividade física como fator de risco para DCNT e medidas de prevenção na atenção básica

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente (MENDES, 2009).

No Brasil, observa-se o aumento da expectativa de vida e o crescimento expressivo da população idosa. Entretanto, a maior expectativa de vida da população, se não acompanhada de investimento na promoção da saúde dos indivíduos, pode resultar em aumento de anos vividos com DCNT e incapacidades. Assim, a possibilidade de prevenção ou reversão de limitações funcionais mediante atividade física e exercício é um assunto de grande interesse para a Saúde Pública (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010)

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Já o exercício é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. A aptidão física é definida pela presença de atributos relacionados à habilidade no desempenho de atividades físicas. Treinamento ou condicionamento físico compreende a repetição de exercícios, durante períodos de semanas ou meses, com o objetivo de melhorar a aptidão física. Há mais de dez anos, análise de estudos epidemiológicos prospectivos já demonstrava que tanto o estilo de vida ativo como um condicionamento aeróbico moderado estão associados, de forma independente, à diminuição do risco de incidência de DCNT, da mortalidade geral e por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011)

O risco relativo para doenças cardiovasculares causadas pelo sedentarismo é estimado em 1,9; para hipertensão arterial, é igual a 2,1; e referente ao hábito de

fumar, de 2,5. Se considerarmos a elevada prevalência do estilo de vida sedentário, veremos que a redução desse fator de risco implica benefícios inquestionáveis para a redução da incidência de doenças cardiovasculares. Já foi demonstrada uma relação inversa entre pressão arterial e prática de exercícios aeróbicos, com diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica, tanto em indivíduos normotensos como em hipertensos, mesmo após ajuste por peso e gorduracorporal.¹²⁶ Em metanálise de 54 ensaios clínicos randomizados com 2.419 participantes, onde casos e controles só diferiam quanto à prática de exercícios aeróbicos, essa atividade física foi associada à redução significativa tanto da pressão sistólica quanto da pressão diastólica..(BRASIL, 2011).

A principal manifestação clínica da insuficiência cardíaca é a intolerância ao exercício, inclusive utilizada para sua classificação pela New York Heart Association (NYHA). Ensaios clínicos prospectivos randomizados têm demonstrado 15 a 20% de aumento na tolerância ao exercício, após três semanas de programa de treinamento, com manutenção desse benefício por pelo menos dois anos (BRASIL, 2011).

A promoção da saúde é uma das formas de produção de saúde inserida principalmente na atenção básica que reduz estes indicadores de forma efetiva através da prática de atividade física na comunidade. À medida que os municípios implementam ações envolvendo a prática de atividade física neste nível de atenção, há uma redução nas internações por causas sensíveis a atenção básica, reduzindo significativamente os custos em saúde bem como a melhora na qualidade de vida da população. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

A Prática de atividade física regular e sistematizada causam adaptações fisiológicas que contribuem na prevenção e na recuperação da saúde. Entender os benefícios da atividade física para a saúde não se relaciona com a prática da atividade, ou seja, conhecer os benefícios não garante a adesão da população em programas de exercícios. Mudar os hábitos de vida da população requer mais incentivo dos órgãos públicos. A falta de programas de atividades físicas em horários diversificados para atender a classe trabalhadora, maior divulgação e implantação das Academias da Saúde, de programas de reabilitação e prevenção de Doenças Crônicas Não

Transmissíveis (DCNT) são fundamentais nesses processos de mudança de hábitos (PEREIRA, 2015).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.

NÓS CRITICOS	OPERAÇÃO/PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Habito e estilo de vida inadequada	Saúde ótima Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir um 25% o numero de pacientes sedentários, fumantes, sobrepesos e alcoolistas.	Caminhadas atividades culturais refeições saudáveis	Organizacional Cognitivo Político Financeiros
Desconhecimento dos pacientes sobre as DCNT	Saber mais Aumentar o nível de informassem da população sobre os riscos, características e complicações das DCNT	População mais informada sobre os riscos e características e complicações das DCNT	Avaliar o grau de informação, campanhas educativas ,programa de saúde escolar, saúde a trabalhador	Organizacional Cognitivo Político
Serviços de saúde com estrutura inadequada	Cuidar mais e melhor Estabelecer as estruturas adequadas para melhorar o funcionamento dos serviços de saúde	Garantir os medicamentos, exames, avaliação em consulta medica, para o 100% dos pacientes com DCNT.	Capacitação do pessoal compra de medicamentos, fazer contratações adequadas para compra de exames e consultas especializadas.	Organizacional Cognitivo Político Financeiros
Processo de trabalho da equipe de saúde insuficiente	Nova Linha de cuidado Estabelecer uma nova linha de cuidado para os riscos das DCNT, incluindo uma avaliação adequada pelas especialidades necessárias e manter um bom mecanismo de referência e contra referência.	Cobertura de um 100% doa pacientes com DCNT	Recursos humanos capacitados, nova linha de cuidado implantada com protocolos adequados, regulação, gestão da linha de cuidado.	Organizacional Cognitivo Político
Organizações governamentais não envolvidas no processo de saúde	Ficar todos juntos Enrolar as organizações governamentais nas atividades que se desenvolvem nos processos de saúde	Participação dos funcionários do governo nos processos de saúde.	Capacitação dos funcionários de governo sobre estas doenças. Gestão nas atividades do processo de saúde	Organizacional Cognitivo Político

Escasso conhecimento de alguns profissionais de saúde sobre as DCNT	Mais ciência Fomentar a educação continuada como uma motivação imprescindível nos profissionais de saúde	Todos os profissionais de saúde tenham conhecimento adequado, e capacidade científica para enfrentar os processos de saúde.	Palestras, revisões bibliográficas, cursos de superação, troca de experiência.	Organizacional Cognitivo
Pouca utilização das áreas esportivas em função de melhorar a saúde	Esporte e saúde. Garantir a pratica de atividade física nas áreas esportivas do município	Pratica sistemática de atividade física	Lograr alcançar o peso adequado e modificar o estilo de vida em um 60% dos pacientes com DCNT	Organizacional Cognitivo Político

Plano de ação: sub projetos

Operação/ subprojetos	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
1 Saúde ótima	Diminuir um 25% o numero de pacientes sedentários, fumantes, sobrepesos e alcoolistas.	Caminhadas atividades culturais refeições saudáveis. Palestras sobre alimentação saudável	Equipe de saúde da família	3 meses para o início das atividades 3 meses para o início das atividades
2 Saber mais	População mais informada sobre os riscos e características e complicações das DCNT	Avaliar o grão de informação. Campanhas educativas. Programa de saúde escolar. Saúde a trabalhador.	Equipe de saúde da família	Início em 2 meses e termino em 6 meses Início em 4 meses e termino em 9 meses
3 Cuidar mais e melhor	Garantir os medicamentos, exames, avaliação em consulta medica, para o 100% dos pacientes com DCNT.	Estabelecer as estruturas adequadas para melhorar o funcionamento dos serviços de saúde	Coordenador da equipe de saúde com a provação do gestor de saúde do município	Em 4 meses após aprovação e terminar em 9 meses
4 Nova linha de cuidados	Cobertura assistencial para o 100% dos pacientes com DCNT	Estabelecer uma nova linha de cuidado para os riscos das DCNT, incluindo uma avaliação adequada pelas especialidades necessárias. Manter um bom mecanismo de referência e contra referência.	Coordenador da equipe de saúde	Início em 3 meses e terminar em 9 meses.
5 Ficar todos juntos	Participação dos funcionários do governo nos processos de saúde.	Capacitação dos funcionários de governo sobre estas doenças. Gestão nas atividades do processo de saúde	Gestor de saúde e coordenador da equipe de saúde	Início em 4 meses e terminação em 6 meses
6 Mais ciência	Lograr que todos os profissionais de saúde tenham conhecimento adequado, e capacidade científica para enfrentar os processos de saúde.	Palestras, revisões bibliográficas, cursos de superação, troca de experiência.	Profissionais da equipe de saúde	Início em 2 meses e termino em 6 meses
7 Esporte e saúde	Pratica sistemática de atividade física em o 70% dos pacientes com DCNT	Lograr alcançar o peso adequado e modificar o estilo de vida em um 60% dos pacientes com DCNT	Equipe de saúde a família, fisioterapeuta da UBS	Início em 2 meses termino em 9 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério de Saúde de Brasil estabeleceu muitas estratégias na atenção básica, na saúde da família para diminuir os indicadores das DCNT e para evitar as complicações.

O mais importante para controlar este tipo de doenças são as medidas de prevenção, autocuidado, e identificação dos principais fatores de riscos que provocam as mesmas e podem ser modificados

Ainda falta muito por fazer na matéria de promoção de saúde. Por isso é fundamental que todos os profissionais estejam bem preparados cientificamente para enfrentar e combater estas doenças e evitar sequelas invalidantes que provocam nos usuários.

Temos que continuar a trabalhar para conseguir acompanhar a realidade do município de Gonçalves para o diagnóstico certo e oportuno das doenças crônicas não transmissíveis.

Dar oportunidade de troca de experiências a todos da equipe, doentes e familiares e mostrar como é importante o compromisso dos profissionais de saúde com o bem estar da população são caminhos para ajudar a todos ter uma vida mais saudável.

REFERENCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf Acesso em 12 de fev de 2016.
- BEAGLEHOLE, R. *et al.* Priority actions for the non-communicable disease crisis. LANCET. V. 377, P. 1438-47, 2011a. Acessível em www.thelancet.com
- BEAGLEHOLE, R. *et al.* UN High Level Meeting on Non-Communicable Diseases: Addressing Four Questions. LANCET. V. 378, p. 449- 455, 2011b.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Ano 1 (mar. 2006)– . – Rio de Janeiro: ANS, 2006. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes06_caderno_informacao.pdf Acesso em 01 de mar de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [Internet].Disponível em: www.portalsaude.gov.br. acessado 29 mar 2016..
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf Acesso em 10 de abr de 2016.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.
- GUSMÃO. J.L.; GINANI, G.F.; SILVA, G.V.; ORTEGA, K.C.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**. V.16, n.1, p. 38-43, 2009. Disponível em http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2943/2943 acesso em 08 de mar de 2016.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos HECKMAN (2009) Disponível em: <http://www.cisa.org.br/categoria/7/artigos--cientificos.php> Acesso em 05 de fev de 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) Tratamento do Tabagismo Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.

MACHADO, C.R. Prevalencia de Hipertensao Arterial e fatores associados.2012

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Ed. ESMIG. Belo Horizonte. 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS. Brasília: OPAS/OMS, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011.

PEREIRA, I.M.O. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na Estratégia Saúde Da Família Vila Gabriel Passos. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família. UFMG. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/adesao-tratamento-hipertensao-arterial-ivana-maria.pdf> Acesso em 05 de mar de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão **Arq Bras Cardiol.** v. 95, n. (1supl. 1), p.1-51, 2010.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. .Bulletin of the World Health Organization. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

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