

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

NIURKA MARÉN MARÉN

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO DE NOVA CONTAGEM**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

NIURKA MARÉN MARÉN

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO DE NOVA CONTAGEM**

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

Orientadora: Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

NIURKA MARÉN MARÉN

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO DE NOVA CONTAGEM**

Banca examinadora

Professora. Dr^a. Matilde Meire Miranda Cadete

Professor Edison José Corrêa -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de fevereiro de 2015.

Dedico este trabalho:

À minha mãe, que sempre foi exemplo de lutadora.

À memória do meu pai, meu líder.,

Ao meu esposo, apoio incondicional

Aos meus filhos, minha fonte de inspiração,

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Aos meus professores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família,

A minha Equipe de Saúde da Família São Judas Tadeu.

"A verdadeira medicina não é aquela que cura, senão aquela que previne. Em prever está toda a arte de salvar. Salvar-se é prever".

José Martí.

RESUMO

As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002. No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares vêm sendo a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial e a diabetes mellitus como os principais fatores de risco que afeta, hoje, quase 20% da população acima dos 20 anos. Em nossa população o incremento desses fatores de risco na maioria dos casos deve-se à diminuição de conhecimentos sob o tema. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para Incrementar o nível de conhecimento sobre fatores de riscos cardiovasculares na população do PSF São Judas, Contagem. Para tal, fez-se pesquisa nas bases de dados da LILACS, MEDLINE e IBECs, com os descritores planejamento em saúde, risco e Doenças Cardiovasculares. O Plano de intervenção baseou-se no método de Planejamento Estratégico Situacional. Na intervenção, pretende-se realizar educação em saúde pelos integrantes da equipe, assim como reforçar o sistema de cuidado para risco cardiovascular e capacitação, primeiramente, dos profissionais participantes. Este tipo de intervenção é importante na atenção básica, já que permite que a população obtenha as ferramentas para minimizar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Controle de risco. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Circulatory diseases are responsible for significant impact on mortality of the Brazilian population, accounting for 32% of deaths in 2002. In Brazil, in recent years, cardiovascular diseases have been the main cause of mortality, with hypertension and diabetes mellitus as key risk factors that affects, today, almost 20% of the population above 20 years. In our population increase of these risk factors in most cases due to reduction of knowledge under the theme. Thus, this study aimed to draw up a contingency plan to Increase the level of knowledge of cardiovascular risk factors in the population of the PSF Santo Judas, Count. To this end, did research in the databases LILACS, MEDLINE and IBSCS, with descriptors in health planning, risk and cardiovascular diseases. The contingency plan was based on the Situational strategic planning method. In the speech, intends to evaluate the patients ' level of information related to the topic, before and after applying the educational program, developed by team members, as well as strengthening the system of care for cardiovascular risk and training, first, of the participating professionals. This type of intervention is important in the basic attention, since it allows the population get the tools to minimize the development of cardiovascular diseases.

Key words: Health planning. Risk management. Cardiovascular diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil.
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais.
DCV	Doença cardiovascular.
DM	Diabete Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EBCT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.
HAS	Hipertensão arterial sistêmica.
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe.
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NRE	Núcleo Regional de Educação.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PAIF	Programa de Atendimento Integral a Família.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PSF	Posto de Saúde da Família.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa com apresentação dos municípios vizinhos de Contagem, Minas Gerais, 2014	12
Quadro 1	Indicadores geográficos do Município Contagem, 2010	14
Quadro 2	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 4 de saúde da família, bairro Nova Contagem, 2013	23
Quadro 3	Desenho das operações para os "nos críticos" do problema risco	36
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos críticos" do problema risco cardiovascular aumentado	37
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores	38
Quadro 6	Plano operativo	39
Gráfico 1	Distribuição de domicílios e famílias no Município Contagem, 2010	15
Gráfico 2	Distribuição porcentual da população residente de Contagem por Regionais Administrativas, 2010	18
Tabela 1	Distribuição da população segundo sexo e idade, Contagem, 2010	16
Tabela 2	Distribuição da população segundo sexo e área, Contagem, 2010	17
Tabela 3	População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe 4 de saúde da família bairro Nova Contagem, município Contagem, 2014	20
Tabela 4	Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe 4 de saúde da família, bairro Nova Contagem, município Contagem, 2013	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVO	29
4 METODOLOGIA	30
5 REVISÃO DA LITERATURA	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho está centrado no município que leva o nome de Contagem, o qual é um dos 34 municípios integrantes da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Está situado na região central do Estado de Minas Gerais, no Campo das Vertentes, ocupando uma área de 195,268 km². O acidente geográfico mais importante é o do Morro Vermelho, com 1.047 metros de altitude. Sua população é de 603.442 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Os limites municipais, mostrados na FIGURA 1, indicam quem são os municípios vizinhos de Contagem: Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ibirité e Ribeirão das Neves.

FIGURA 1 - Mapa com apresentação dos municípios vizinhos de Contagem, Minas Gerais, 2014.



Fonte: cidades. IBGE (2014)

A história de Contagem apresenta versões diversificadas sobre sua origem. Uma dessas versões fala da existência de uma família com o sobrenome "Abóboras" que teria construído a igreja em torno da qual o município viria a surgir. Essa versão e outras similares não apresentam documentação suficiente para serem comprovadas. Assim, a versão mais aceita refere-se aos chamados registros, criados pela Coroa Portuguesa (IBGE, 2010).

Em 1701, a Coroa portuguesa mandou instalar um posto fiscal às margens do Ribeirão das Abóboras com o objetivo de fazer a contagem do gado que vinha da região do Rio São Francisco em direção à região de Ouro Preto e Mariana. tendo em vista as oportunidades de lucro surgidas, a partir de 1716, uma grande diversidade de pessoas foi dando vida à população: senhores de escravos; proprietários de datas minerais à procura de braços e do gado para alimentação; patrulheiros; funcionários do Registro; delatores do transvio; religiosos, taberneiros, desocupados e vadios. E nas redondezas, ainda se assentavam pessoas que encontravam faixas de terras devolutas. Ali se comercializava vários tipos de gêneros, como gado, cavalos e potros; barras de ouro; ouro em pó para ser trocado por dinheiro ou com os guias, para casa de fundição de Sabará (IBGE, 2010).

Posteriormente, criou-se o distrito com a denominação de Contagem das Abóboras pela Lei Provincial n.º 671, de 29-04-1854, e Lei Estadual n.º 2, de 14-09-1891, subordinado ao município de Santa Quitéria. Em 30-08-1911, pela Lei Estadual n.º 556, o distrito foi elevado à categoria de vila com a denominação de Contagem e desmembrado dos municípios de Santa Quitéria e Sabará ou somente Santa Quitéria (IBGE, 2010).

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, a vila foi constituída de quatro distritos: Contagem, Campanha, Vargem da Pantana e Vera Cruz. Assim permanecendo nos quadros de apuração do recenseamento geral de 1-IX-1920.

Pela Lei Estadual n.º 843, de 07-09-1923, o distrito de Vera Cruz foi transferido da vila de Contagem para formar o novo município de Pedro Leopoldo. Pela mesma Lei, foi criado o distrito de Neves, com terras desmembradas do distrito de Vera Cruz, sendo anexado à vila de Contagem. O distrito de Vargem da Pantana tomou o nome Ibirité (IBGE, 2010).

Pelo Decreto-lei Estadual n.º 148, de 17-12-1938, a vila de Contagem é extinta, sendo seu território anexado ao município de Betim como simples distrito. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Contagem figura no município de Betim (IBGE, 2010).

Pelo Decreto-lei Estadual n.º 1.058, de 31-12-1943, o distrito de Contagem adquiriu parte do distrito sede do município de Belo Horizonte. Elevado à categoria de município com a denominação de Contagem, pela Lei Estadual n.º 336, de 27-12-1948, desmembrou-se de Betim.

Segundo dados estatísticos do 2010, o município Contagem conta com uma população de 603 442, já mencionada ao início deste trabalho e estima-se que em 2013 foi de 637 961, com o aumento de 34 519 pessoas mais. O território tem uma área total de 195 268 km² e 3 090,33 habitantes por km², conforme exposto no QUADRO 1.

QUADRO 1. Indicadores geográficos do município de Contagem, 2010.

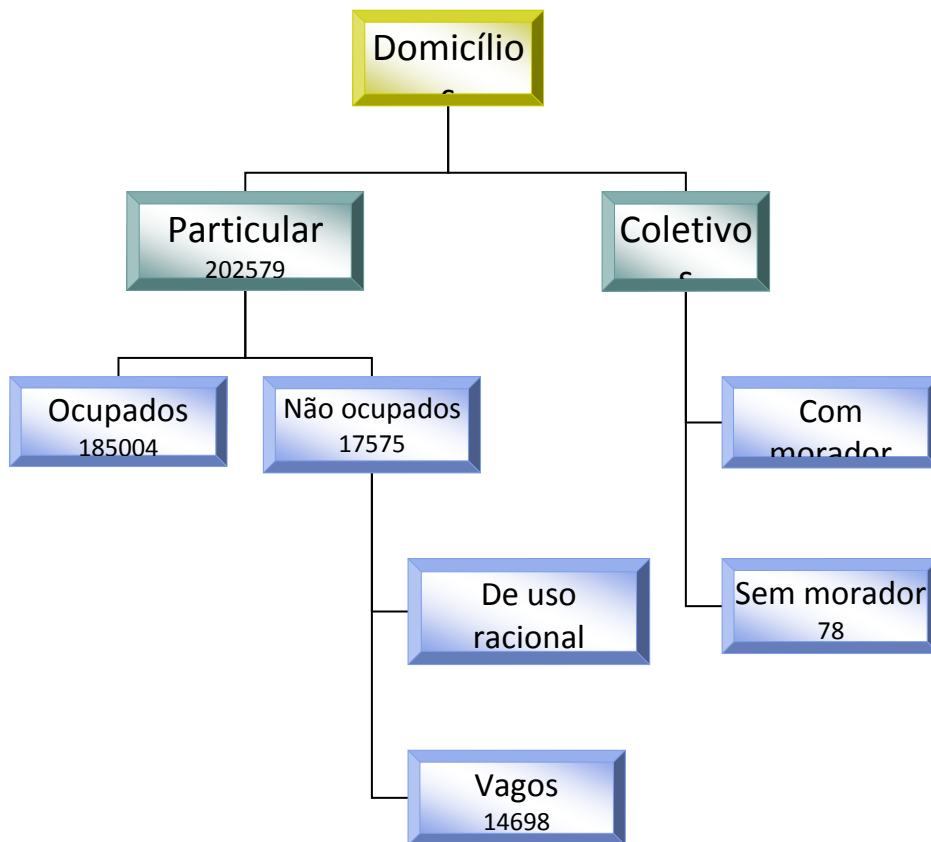
População estimada 2013	637.961
População 2010	603.442
Área da unidade territorial (km²)	195,268
Densidade demográfica (hab./km²)	3.090,33

Fonte: IBGE (2010).

O GRÁFICO 1 mostra a distribuição total de domicílios no município (o mesmo número é das famílias), onde se pode ler que existem 202 731 domicílios. Destes, 99,9% são particulares (202 579) e só o 0,1% são coletivos. Do total de particulares, 185004 estão ocupados e 17 575 (8.6%) não ocupados (IBGE, 2010).

A média de moradores em domicílios particulares ocupados é de 3,25 moradores, ou seja, o município não tem alto índice de aglomeração, apesar de estar dentro do grupo das cidades metropolitanas.

GRÁFICO 1 - Distribuição de domicílios e famílias no Município Contagem, 2010.



Fonte: IBGE (2010).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, os resíduos sólidos urbanos, domésticos e comerciais são coletados pela prefeitura, atendendo 100% da população urbana. O abastecimento de água e a coleta de esgoto na área urbana são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). A captação para abastecimento da rede municipal é feita na Represa Várzea das Flores, atendendo á necessidade do município. A água captada com tratamento especial da COPASA é de excelente qualidade. O serviço de energia elétrica no município é prestado pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG) e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) possui 12 agências no município, sendo cinco próprias e sete franqueadas (IBGE, 2010).

O serviço de telefonia fixo oferece terminais de ondas ligadas aos sistemas DDD e DDI, atendendo também á zona rural, com telefones públicos e comunitários.

A cidade de Contagem possui boa infraestrutura, além de universidades, escolas municipais e estaduais, e hospitais, entre outros serviços públicos, como turismo e lazer, para a população.

Contagem é hoje a cidade que mais indústrias concentra no estado, chamada até de "Capital das Indústrias".

Por último, o setor terciário é representado pelas atividades comerciais. O comércio do município é bastante ativo, dada à atração que exerce sobre as cidades vizinhas, o que lhe dá o status de cidade polo. Encontra-se, em atividade, aproximadamente 15 mil estabelecimentos comerciais.

No que diz respeito aos aspectos demográficos, o município Contagem tem uma população total de 603 442 habitantes. Deles, 292.798 são homens (48,52%) e 310.644 mulheres (51,48%). O maior contingente populacional encontra-se no grupo de 25 a 39 anos de idade (27,20%), seguido do grupo de 40 a 59 anos (24,35%). Os demais variam entre 1 e 9 % da população, de acordo com os dados da TABELA 1.

TABELA 1 - Distribuição da população segundo sexo e idade, Contagem, 2010.

Município: Contagem						
Total da População 603.442						
Indivíduos	Sexo				Total	
	M	%	F	%	No	%
< 1 ano	3904	1,33	3848	1,24	7752	1,28
1 - 4 anos	15879	5,42	15400	4,96	31279	5,18
5 - 9 anos	20966	7,16	20657	6,65	41623	6,90
10 - 14 anos	24627	8,41	24205	7,79	48832	8,09
15 - 19 anos	25163	8,59	25349	8,16	50512	8,37
20 - 24 anos	28273	9,66	28333	9,12	56606	9,38
25 - 39 anos	80719	27,57	83447	26,86	164166	27,20
40 - 59 anos	69226	23,64	77684	25,01	146910	24,35
60 e + anos	24041	8,21	31721	10,21	55762	9,25
Total	292798	48,52	310644	51,48	603442	100

Fonte: IBGE (2010)

A TABELA 2 apresenta a população de Contagem acordo com localização domiciliar e sexo.

TABELA 2 - Distribuição da população segundo sexo e área, Contagem, 2010.

Indivíduos	M		F		Total	
	No	%	No	%	No	%
Área urbana	291 709	99,63	309691	99,69	601400	99,66
Área rural	1089	0,37	953	0,31	2042	0,34
Total	292798	48,52	310644	51,48	603442	100

Fonte: IBGE (2010)

Em termos populacionais, Contagem destaca-se, regionalmente, como o terceiro município mais populoso do Estado de Minas Gerais. Em termos de ocupação territorial, ocupa apenas 2% do território metropolitano e absorve 12,3% do total do seu contingente populacional; registra a segunda maior aglomeração urbana da região, ficando apenas abaixo de Belo Horizonte: 99,1% de sua população vivem em áreas urbanizadas.

No censo realizado em 2000, o município apresentava 11,08% de Incidência da pobreza e um índice de Gini de 0,37, demonstrando grande desigualdade da distribuição de renda.

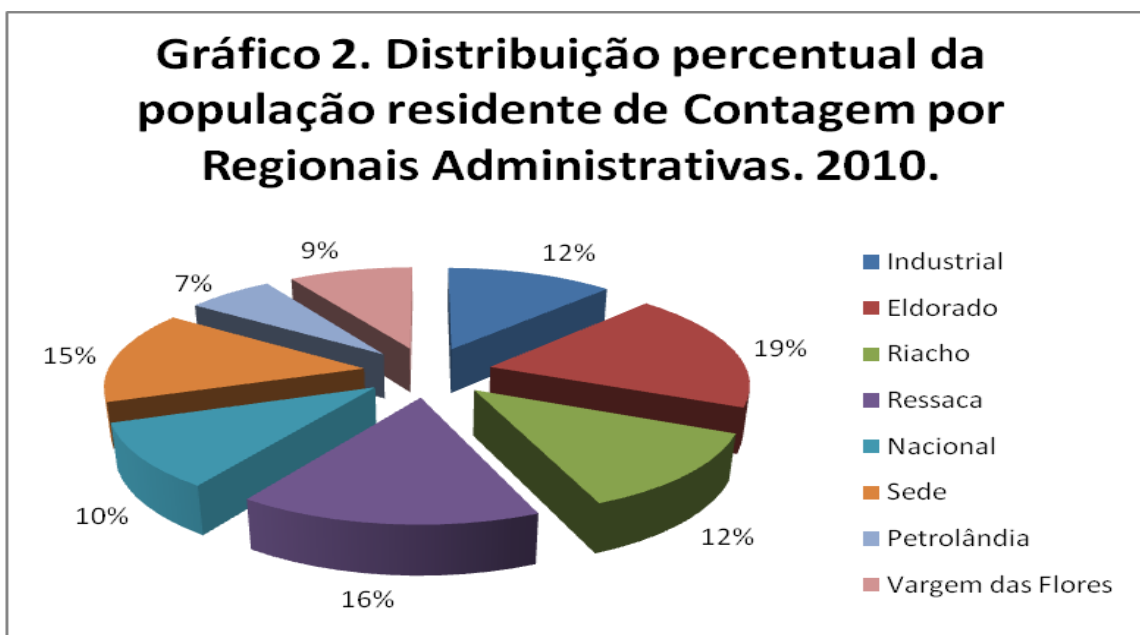
O sistema local de saúde de Contagem, em atendimento ao que a Lei determina, tem um Conselho Municipal de Saúde que deve exercer o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de Saúde no Orçamento do município, bem como aprovar o Plano Municipal de Saúde e, do mesmo modo, exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, que é para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no município.

O Conselho de Contagem está composto por 24 membros efetivos e 24 suplentes, divididos entre os trabalhadores de saúde (25%), os Usuários dos Serviços de Saúde (50%) e representantes do governo e prestadores de serviços (25%).

O município conta com um total de 95 Equipes de Saúde de Família, 58 Unidades Básicas de Saúde, 30 Saúde bucal, oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 28 farmácias distritais.

Atualmente, Contagem conta com o 100% das Equipes de Saúde cobertas com profissionais médicos, dos quais 21 são médicos estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional cumpra com um horário de segunda a sexta feiras de 8.00 horas até 17.00 horas, com uma carga de 40 horas semanais. Recentemente, foram recebidos 79 médicos brasileiros que se incorporaram ao programa Mais Médicos.

As Administrações Regionais possuem cada uma um Distrito Sanitário. As Regiões Administrativas realizam atendimentos odontológicos nas Unidades Odontológicas e em mais sete postos situados em Centros de Saúde Pública ou, em alguns casos, clínicas conveniadas. Há ainda o controle de zoonoses, o centro de referência à saúde do trabalhador, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, o controle de zoonoses, a vigilância em saúde ambiental, o transporte sanitário e o serviço de atendimento móvel de urgência, distribuídas entre as Regiões Administrativas Sede, Eldorado, Riacho e Industrial, que atendem todo o município como visto no GRÁFICO 2.



Fonte: IBGE (2010).

Nossa equipe de saúde encontra-se localizada na Região administrativa de Vargem das Flores, a qual alberga 9% da população residente de Contagem e conta com uma população total de 55 238 habitantes. Esta região tem uma taxa de crescimento de 1,32%.

A Região Administrativa Vargem das Flores é onde se encontra a zona rural do município, contando com fraquíssimo sistema viário local e vias de acesso muito deficitárias. Configura uma das regiões mais pobres, cuja ocupação é completamente desordenada e os dados sócio-econômicos estão muito abaixo da média municipal.

Neste bairro encontram-se 16 equipes de saúde, distribuídos em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nossa equipe 4 é denominada São Judas Tadeu I e conta com um total de 4882 moradores, divididos em sete microáreas, todas urbanas.

Entre os 4882 habitantes da área de abrangência da Equipe 4, 2.296 (47,03%) são homens e 2.586 (52,97%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na TABELA 3. O maior percentual da população está na faixa etária entre 10 a 19 anos, ainda que, observando as pessoas maiores de 60 anos, vemos que elas representam 10,9% do total, o que significa um incremento da população idosa.

A região conta com uma série de serviços sociais como: A Casa de Apoio a Criança Carente de Contagem, Administração Regional Municipal, Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI), Núcleo Regional de Educação Vargem das Flores (NRE), Educarte, Polícia Militar, CRAS/Casa da Família, Centro de Formação Divina Providência, Conselho Tutelar, Programa de Atendimento Integral a Família-PAIF, Centro de Referência do Idoso-Espaço Bem Viver, Projovem Adolescente, duas escolas estaduais, quatorze escolas municipais (entre polos e anexos), Correio, Bancos. Além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um centro para coleta e processamento de exames laboratoriais, nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros.

TABELA 3 - População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe 4 de saúde da família bairro Nova Contagem, município Contagem, 2014.

Faixa etária	Sexo				Total	
	M	%	F	%	No	%
< 1 ano	19	0,83	13	0,50	32	0,66
1 - 4 anos	79	3,44	92	3,56	171	3,50
5 - 9 anos	198	8,62	208	8,04	406	8,32
10 - 14 anos	268	11,67	261	10,09	529	10,84
15 - 19 anos	308	13,41	322	12,45	630	12,90
20 - 24 anos	193	8,41	197	7,62	390	7,99
25 - 29 anos	174	7,58	204	7,89	378	7,74
30 - 34 anos	205	8,93	224	8,66	429	8,79
35 - 39 anos	203	8,84	215	8,31	418	8,56
40 - 44 anos	118	5,14	162	6,26	280	5,74
45 - 49 anos	117	5,10	159	6,15	276	5,65
50 - 54 anos	79	3,44	115	4,45	194	3,97
55 - 59 anos	87	3,79	128	4,95	215	4,40
60 - 64 anos	98	4,27	117	4,52	215	4,40
65 - 69 anos	91	3,96	95	3,67	186	3,81
70 e mais	59	2,57	74	2,86	133	2,72
Total	2296	47,03	2586	52,97	4882	100

Fonte: Registro da equipe.

Discorrendo acerca dos aspectos epidemiológicos, segundo registros de produção mensal do ano 2013, os dados de morbidade em maiores de 15 anos de idade, encontram-se expostos na TABELA 4.

TABELA 4 - Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe 4 de saúde da família, bairro Nova Contagem, município Contagem, 2013.

Morbidade	No.	%
Tabagismo	786	20,99
Sedentarismo	1929	51,51
Alcoolismo	56	1,50
Hipertensão Arterial	366	9,77
Acidente Vascular Encefálico	9	0,23
Diabetes Mellitus	124	3,32
Câncer	4	0,09
Cardiopatia	35	0,93
Total	3308	88,35
Maiores de 15 anos	3744	100

Fonte: Registro da equipe.

Percebe-se que o tabagismo e o sedentarismo ocupam os maiores percentuais das morbidades obtidas, os quais consideram-se fatores de risco cardiovasculares e a Hipertensão arterial, ainda que represente só 9,77% do total da população maior de 15 anos, tem tendência ao incremento.

Em relação aos dados de mortalidade, não foi possível coletar as informações, uma vez que estas não tenham sido arquivadas pela equipe de saúde nem pelo Distrito. Por isso foi impossível obter quaisquer estatísticas nesse sentido. Os membros da equipe que levam mais tempo no trabalho relatam que eles nunca usavam esses dados.

No distrito foram atendidas 35 gestantes pela equipe no ano de 2013. Destas, 11 eram adolescentes, com idade entre 13 e 18 anos, que representa 31,43% do total de gestantes.

Há alta prevalência de cárie dentária.

No que diz respeito aos Indicadores de cobertura, a equipe realizou, no ano de 2013, 1.148 consultas médicas, com média mensal de 95,6 consultas; 3.865

atendimentos individuais pelo enfermeiro; 326 curativos; 45 injeções; 357 consultas de pré-natal (médico e enfermeiro).

Em relação aos hipertensos da área de abrangência, a equipe não conseguiu realizar consultas planejadas ao ano e uma das causas foi que não tinha médico. Apesar de constituído o grupo de hipertensos, não se realizaram reuniões com ele; só se trocavam as receitas aos pacientes que precisavam do tratamento, sem serem avaliados. A cobertura de consulta para diabético foi também do mesmo jeito.

Nossa Unidade Básica de Saúde (São Judas Tadeu I) encontra-se inserida na própria comunidade que atende, na Rua VP2 em Nova Contagem, com acesso disponível para a população. Seu horário de atendimento é de segunda a sexta feira, de 8.00 de manhã às 17.00 horas, com uma hora de descanso para almoço de 12.00 as 13.00.

Nossa equipe conta com uma médica, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e uma administrativa.

A Unidade está bem conservada, é de estrutura de tijolo e teto de cimento armado. Está próxima a uma escola municipal.

A área destinada à recepção é pequena, tendo em conta que trabalham duas equipes de saúde, razão pela qual cria-se muito tumulto na unidade nos momentos de atendimento. O consultório do médico da equipe 4 encontra-se frente à área de recepção e é por isso que se dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé.

Não existe sala de reuniões. A equipe utiliza uma sala de aula pertencente à Igreja próxima, pelo qual temos que trasladarmos a mais ou menos quinhentos metros. As reuniões com a comunidade (grupos, por exemplo) são realizadas na mesma sala, que não é o espaço de saúde e pode não ser mais utilizado por nós, uma vez que se realizam outras atividades lá, próprias da igreja.

A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais, já que os pacientes tem que aguardar na fila de um, dois e até quatro anos para serem atendidos por alguma especialidade específica, sem ter em conta que quando conseguem a consulta demoram outros anos mais para fazer exames solicitados e aguardar retorno. A contrarreferência não é feita como desejável, a equipe não conhece o que acontece com os pacientes nessas consultas. Estamos precisando de importantes movimentos para melhor articulação entre a atenção básica e outros centros como o Centro de Consultas Especializadas, o hospital e o pronto-atendimento.

O diagnóstico situacional realizado apontou os seguintes problemas: incremento de fatores de risco cardiovascular, alto índice de gestantes adolescentes, acúmulo de lixo nas ruas, alta prevalência de cáries dentária.

A priorização de problemas se fez depois de uma discussão na equipe e tendo em conta:

- a importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”,
- urgência, distribuindo pontos conforme apreciação, e
- capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto,

A ordem de prioridade estabelecida pela equipe revela-se no QUADRO 2.

QUADRO 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 4 de saúde da família, bairro Nova Contagem, município Contagem, 2013.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Incremento de fatores de risco cardiovascular	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de gestantes adolescentes	Alta	7	Parcial	2
Acúmulo de lixo nas ruas	Alta	5	Parcial	3
Alta prevalência de cáries dentária	Alta	5	Fora	4

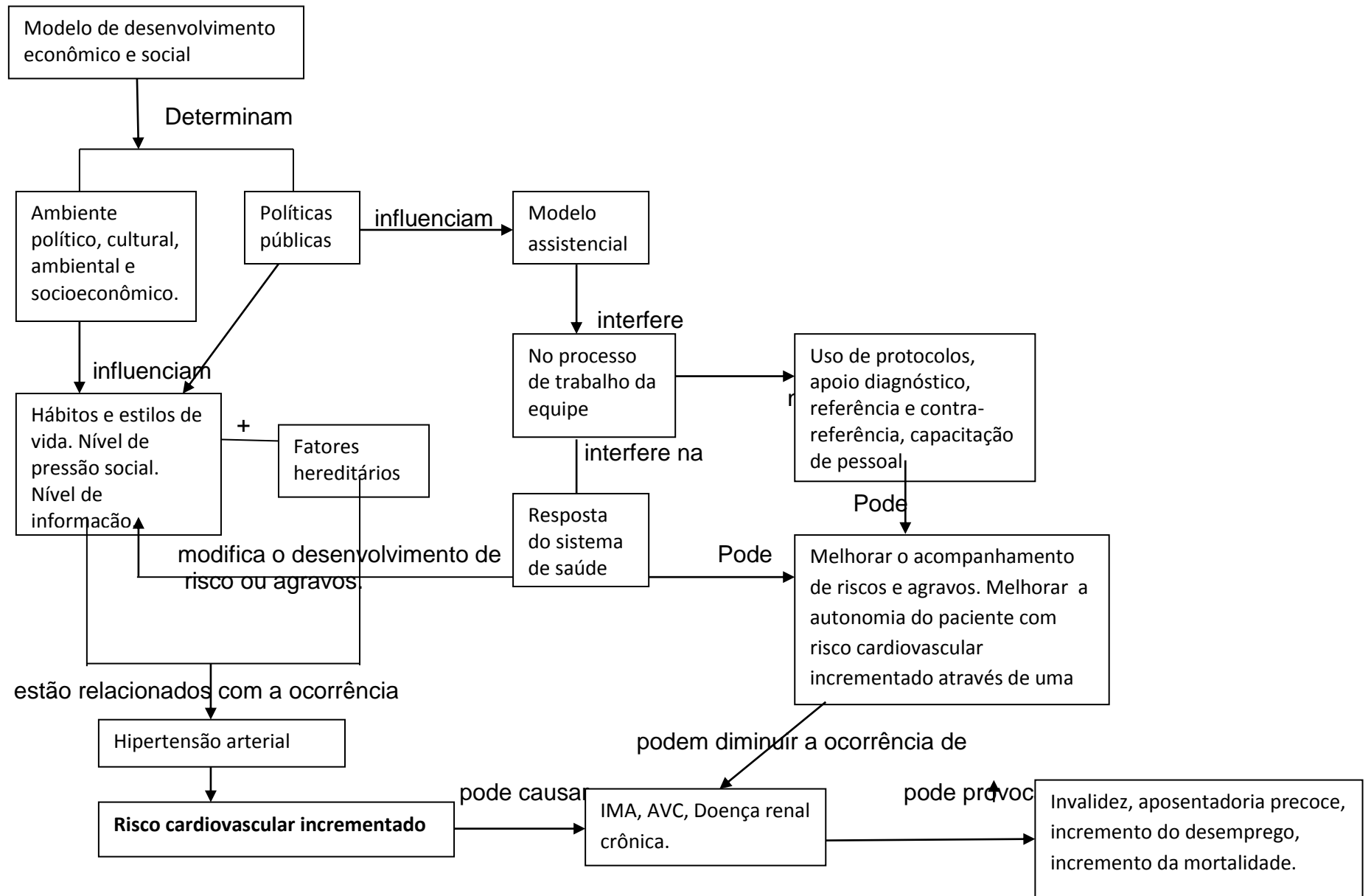
A equipe considerou que o problema de incremento de fatores de risco cardiovascular é de prioridade 1.

A análise se baseou nos dados da TABELA 4 onde se identifica que mais de 50% da população maior de 15 anos apresenta fatores de risco cardiovasculares. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento, já que não temos dados com respeito a internações, óbitos, etc., que poderiam reforçar mais o problema em questão.

O modelo de desenvolvimento econômico e social estabelecido determina tanto o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico determinado (as pessoas pensam como vivem), assim como as políticas públicas, que por sua vez influenciam: hábitos e estilos de vida inadequados como sedentarismo, hábitos alimentares impróprios, tabagismo e alcoolismo; incremento do nível de pressão social dado por incremento de desemprego, violência e baixos salários; e baixo nível de informação da população sobre os riscos, agravos e direitos sociais.

As políticas públicas influenciam o modelo assistencial da Estratégia Saúde de Família que não é desenvolvida adequadamente e, assim, interfere no processo de trabalho, dificultando no uso de protocolos, apoio diagnóstico, referência e contra referência.

Ao não existir um funcionamento adequado, não se consegue modificar adequadamente o desenvolvimento de riscos ou agravos, pelos quais hábitos e estilos de vida inadequados unidos a fatores hereditários estão associados com a ocorrência de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e ao incremento de risco cardiovascular, podendo causar Infarto Agudo de Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e Doença renal crônica, assim como invalidez, aposentadoria precoce, incremento de desemprego e incremento da mortalidade.



Também foram identificados os "nós críticos" relativos aos riscos cardiovasculares: hábitos e estilos de vida inadequados, baixo nível de informação sanitária, dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe de saúde segundo modelo assistencial estratégia de saúde de família.

Portanto, nosso plano de intervenção buscará minimizar e ou resolver esse problema considerado prioritário pela equipe de saúde da família, tal, seja, riscos cardiovasculares.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes. As doenças do aparelho circulatório compreendem um espectro amplo de síndromes clínicas, mas tem nas doenças relacionadas à aterosclerose a sua principal contribuição, manifestada por doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e de vasos periféricos, incluindo patologias da aorta, dos rins e de membros, com expressiva morbidade e impacto na qualidade de vida e produtividade da população adulta (BRASIL, 2001).

Em adição às doenças com comprometimento vascular, as doenças renais crônicas têm também um ônus importante na saúde da população, sendo estimado que 1.628.025 indivíduos sejam portadores de doença renal crônica (DRC) no Brasil, e 65.121 estão em diálise. São inúmeros os fatos que podem estar relacionados com a importância cada vez maior destas doenças (BRASIL, 2001).

Muitos desses fatores de risco para doenças cardiovasculares são responsáveis também pelas doenças renais, sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) respondem por 50% dos casos de DRC terminal (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, dos fatores potencialmente controláveis, a HAS e o DM são críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus de 2001 apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 usuários do SUS. Mais de 1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto. Em relação ao diabetes mellitus, dos 3.643.855 estimados como usuários do SUS, quase metade desconhecia este diagnóstico e apenas 2/3 destes indivíduos estão em acompanhamento nas unidades de atenção básica (BRASIL, 2001).

Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular.

No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares vêm sendo a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco que afeta, hoje, quase 20% da população acima dos 20 anos (39% com idade entre 20 e 49 anos). Estudos populacionais realizados em diversos locais do país revelam que entre os indivíduos com 60 anos de idade ou mais a hipertensão arterial apresenta uma frequência em torno de 60% (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial é responsável por 13% das internações no Sistema Único de Saúde, absorvendo 25% da verba para assistência à saúde. Das doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é a doença com maior prevalência e responde como a quarta causa de afastamento do trabalho no Brasil (BRASIL, 2011).

Na população da nossa área de abrangência, é frequente o incremento desses fatores de risco e a maioria dos casos deve-se à diminuição de conhecimentos sob o tema. Tendo em conta os dados estatísticos referidos aos riscos de doenças cardiovasculares, é importante a realização deste trabalho, com a proposição de uma intervenção que ajudará a incrementar os conhecimentos na população de riscos com vistas à diminuição deles e, por sua vez, diminuição da mortalidade por essa causa.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para Incrementar o nível de conhecimento sobre fatores de riscos cardiovasculares na população do PSF São Judas, Contagem.

4 METODOLOGIA

Para desenvolver o presente trabalho baseamo-nos, primeiro, no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), para elaborar a proposta do plano de intervenção e alcançar o objetivo proposto. Este método transcorre por quatro momentos:

1. Momento explicativo, onde se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas;
2. Momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado;
3. Momento estratégico, onde se buscou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado;
4. Momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano.

Registra-se, ainda, que foi feita pesquisa bibliográfica para se obter maior fundamentação teórica para organizar o plano de intervenção. A pesquisa se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS). Os descritores utilizados para a busca foram: planejamento em saúde (Health planning), risco (risk) e Doenças Cardiovasculares (Cardiovascular Diseases).

5 REVISÃO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares (DCV) contribuem, consideravelmente, para a alta morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento e o aumento de sua incidência tal como a necessidade de intervenções eficazes têm sido alvo de vários estudos e despertado interesse especial por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar elevados custos sociais e econômicos (SIMÃO *et al.*, 2002).

As DCV são caracterizadas pela alteração no funcionamento do sistema circulatório constituído pelo coração, veias, artérias, capilares e vasos sanguíneos e representam um termo amplo que inclui varias doenças cardíacas e vasculares mais específicas (SIMÃO *et al.*, 2002).

Essas doenças cardiovasculares incluem doença das artérias coronárias, ataque cardíaco, angina, síndrome coronariana aguda, aneurisma da aorta, arritmias, doença cardíaca congênita, insuficiência cardíaca e doença cardíaca reumática. (ROCA, 2002).

As doenças cardiovasculares não afetam determinados grupos populacionais, nem têm em conta classe social, grupo étnico ou gênero. Elas têm maior possibilidade de se apresentar com a ocorrência de fatores de risco, os quais representam um conjunto de fenômenos dos quais depende a probabilidade maior ou menor de adoecer ou morrer (ROCA, 2002).

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares são condições que provocam um aumento do aparecimento de uma doença do coração ou dos vasos sanguíneos e podem ser divididos em imutáveis e mutáveis (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002) e em maiores e menores (ALVAREZ, 2008).

No que diz respeito aos fatores mutáveis, isto é, aqueles possíveis de serem transformados, na vigência de mudanças no estilo de vida, temos: o tabagismo, a hipertensão, o diabetes, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo e o colesterol.

O tabagismo, de acordo com Araújo *et al.* (2004), é avaliado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença tendo em vista que a nicotina contida

no cigarro causa dependência, gerando alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. Essa dependência aumenta na medida em que se aumenta a intensidade e duração do hábito de fumar e pode ser diminuído com a interrupção do vício.

Ainda segundo esses autores, o tabagismo implica em uma série de doenças, dentre as quais se sobressaem as doenças cardiovasculares, pulmonares e vários tipos de câncer. Fisiologicamente, a nicotina aumenta a frequência cardíaca e a pressão além de agir na elevação dos níveis de colesterol e na coagulabilidade sanguínea. Destaca-se, ainda, que o tabaco pode anular a atuação de alguns medicamentos para doenças cardiovasculares. Ele, em si, não se constitui em um fator causador de hipertensão arterial. Contudo, pacientes hipertensos e fumantes apresentam maior risco de morte por hipertensão e cardiopatia isquêmica.

A Hipertensão arterial é o fator de risco bem conhecido para o desenvolvimento de aterosclerose, produzindo múltiplos efeitos adversos no sistema cardiovascular. A mortalidade é quase três vezes superior nas pessoas hipertensas que as normotensas. (ALVAREZ, 2008).

A pressão arterial elevada afeta não somente o coração, mas também pode provocar doenças sérias no cérebro, rins e extremidades; aliás, como às vezes não causa sintomas, é conhecida como a "assassina silenciosa" (ALVAREZ, 2008).

Segundo Alvarez (2008), a presença de diabete é o fator de risco importante para o desenvolvimento da doença isquêmica coronariana. A diabete provoca danos nos pequenos vasos sanguíneos de modo difuso e, além disso, afeta outros órgãos como rins, responsável das insuficiências renais. Daí a importância de manter o controle estrito dos níveis de glicemia para poder diminuir consideravelmente esses riscos.

A obesidade é originada por fatores genéticos e ambientais e estes se apoiam na alta incidência de obesidade em países desenvolvidos. Esta não deve ser avaliada só em termos de peso absoluto; deve ser, também, ser valorada pela forma em que a gordura é distribuída e sua porcentagem, reconhecidos são os fatores

determinantes. Com frequência, a obesidade se relaciona com outros fatores de risco como a diabete, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e sedentarismo (ALVAREZ, 2008).

Ainda de acordo com Alvarez (2008), a inatividade física ou sedentarismo é um fator de risco bem definido para o desenvolvimento de aterosclerose. O exercício regular aumenta os níveis de colesterol bom (HDL colesterol), diminui o sobrepeso, ajuda o desenvolvimento da circulação colateral, diminui a pressão arterial, melhora o controle da glicemia em diabéticos, normaliza os fatores de coagulação, diminui a probabilidade de formação de trombos, dentre outros.

A despeito de que alguns profissionais têm estabelecido que o álcool contribui para diminuir a doença isquêmica cardíaca, isto não se constitui em recurso a ser usado para fomentar o uso abusivo dele. Alvarez (2008) alerta que o consumo elevado de álcool aumenta, significativamente, o risco de doença isquêmica cardíaca, hipertensão arterial e acidentes cerebrovasculares e produz dano ao miocárdio.

O problema do alcoolismo é um dos mais difíceis no que diz respeito à obtenção de resultados satisfatórios, pois é um problema socio-sanitário.

Ressalta-se, ainda, que se tem comprovado o valor preditivo dos níveis de colesterol HDL como fator de risco em relação inversa à aparição da doença cardiovascular. O fato de que as mulheres na idade fértil tenham uma incidência menor de doenças cardiovasculares tem relação direta com níveis mais elevados de HDL, o qual se deve à ação dos estrogênios. As mulheres perdem esta vantagem em relação aos homens com a menopausa. A forma de aumentar o HDL e equilibrar a proporção entre LDL e HDL, ou seja, de diminuir o risco de doenças cardíacas, é substituir a ingestão de gorduras saturadas por monoinsaturadas e aumentar o exercício físico (ALVAREZ, 2008).

No que diz respeito aos fatores de risco de doenças cardiovasculares imutáveis, isto é, aqueles que não podem ser mudados, embora não seja possível reverter totalmente esses fatores, podem-se buscar maneiras de aprender a conviver com eles: idade, hereditariedade, sexo e raça.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão há uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade da pessoa, sendo a prevalência de hipertensão arterial superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade. Portanto, o risco de se desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avançar da idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quanto ao sexo e etnia, a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é similar apesar de ser mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir dessa faixa etária, ou seja, passa a ser mais elevada nas mulheres após a idade de 50 anos. No que concerne à cor, a hipertensão é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca. Estudos brasileiros apontam existir maior predomínio de HAS em mulheres negras em relação às brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quanto à hereditariedade, pode dizer que os fatores genéticos para a origem da HAS estão bem estabelecidos na população. Contudo, não existem, ainda, “variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p.3).

Espera-se alcançar em futuro próximo a diminuição das doenças cardiovasculares, tendo como relação direta uma maior informação sobre os riscos e também mudanças de estilo de vida. Afinal, como relatam Santos Filho; Martinez (2002, p. 212):

O controle de alguns dos fatores de risco independentes reduziu de forma importante a morbi-mortalidade secundária à aterosclerose. O controle da HAS diminuiu o AVC em 42% e a DIC em 15%. A redução do LDL-colesterol em cerca de 30% diminuiu o risco de infarto do miocárdio em 33%, o AVC em 29% e a mortalidade cardiovascular em 28%. A abstenção do fumo pode diminuir o risco de mortalidade em até 70% em indivíduos já portadores de DIC.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito anteriormente, este plano foi feito com base no PES e seguiu quatro momentos, que por sua vez, são divididos em passos.

O primeiro momento explicativo se constituiu dos seguintes passos:

- ✓ **Primeiro passo. Definição dos problemas.** Neste momento identificaram-se os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências deles.
- ✓ **Segundo passo. Priorização do problema.** Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto à prioridade, segundo os seguintes critérios:
 - atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema.
 - distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência.
 - definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
 - numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.
- ✓ **Terceiro passo. Descrição do problema selecionado.** Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.
- ✓ **Quarto passo. Explicação do problema.** Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a gênese dele.
- ✓ **Quinto passo. Seleção dos "nós críticos".** A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando "atacadas", são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

O momento normativo se formou a partir dos passos:

- ✓ **Sexto passo. Desenho das operações.** As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrevê-las, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

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 à sua execução (Quadro 3).

QUADRO 3. Desenho das operações para os "nós críticos" do problema risco.

No crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Eu posso sim/ Modificar hábitos estilos de vida	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	Programa educativo na população	<u>Organizacional</u> : para organizar as atividades físicas <u>Cognitivo</u> : informação sobre o tema <u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação sanitária	Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	População mais informada sobre riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população.	<u>Cognitivo</u> : conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. <u>Organizacional</u> : organização da agenda. <u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social
Organização do processo de trabalho da equipe de saúde	Melhor trabalho/ Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado.	Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada	<u>Cognitivo</u> : elaboração de projeto do sistema de cuidados e protocolos. <u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <u>Organizacional</u> : adequação de fluxos

- ✓ **Sétimo passo. Identificação dos recursos críticos.** Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

No QUADRO 4, encontram-se descritos os recursos críticos identificados pela equipe.

QUADRO 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema risco cardiovascular aumentado.

Operação/ Projeto	
Eu posso sim	<u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Mais conhecimento em saúde	<u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social
Melhor trabalho	<u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

No momento estratégico, buscou-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo desenhado, desenvolvendo os seguintes passos:

- ✓ **Oitavo passo. Análise de viabilidade do plano.** Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos, como sintetizado no QUADRO 5.

QUADRO 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Eu posso sim/ Modificar hábitos estilos de vida	<u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de educação	Favorável	Não é necessária
		Secretario de saúde	Favorável	
Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	<u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social	Secretaria de educação	Favorável	Apresentar o projeto educativo
Melhor trabalho/ Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.	<u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretario de saúde	Favorável	Não é necessária

- ✓ **Nono passo. Elaboração do plano operativo.** Aqui foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações, conforme apresentado no QUADRO 6.

QUADRO 6. Plano operativo.

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Eu posso sim/ Modificar hábitos estilos de vida	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	Programa educativo na população	Não é necessária	Enfermeira e Técnico de enfermagem	Três meses para o início das atividades
Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	População mais informada sobre riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população.	Apresentar o projeto educativo	Enfermeira e ACS	Início em seis meses e termino em doze meses. Avaliação aos doze meses.
Melhor trabalho/ Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado.	Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada	Não é necessária	Médica e coordenador de ABS	Início em três meses e termino em doze meses.

Por fim, no momento tático-operacional, momento de execução do plano, deve-se trabalhar sobre a base de:

- ✓ **Décimo passo. Gestão do plano**, em que vamos desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito de ter, no Brasil, programas de prevenção das doenças cardiovasculares na atenção básica, ainda existe um incremento deles, propiciado pelo incremento de fatores de risco controláveis como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, entre outros. Desse contexto, no plano de intervenção elaborado e aqui apresentado, buscamos minimizar e resolver esse problema considerado prioritário pela equipe, tal seja, riscos cardiovasculares.

Com o desenvolvimento dele, torna-se importante as relações da equipe com a comunidade, já que se constitui em um mecanismo para oferecer ferramentas à população que possibilitem um adequado manejo dos fatores de riscos, incrementando o nível de conhecimento sobre o tema. Nos espaços de reuniões, a população mostra-se motivada e interessada em controlar as doenças, além de que foi possível se ter profissionais mais capacitados.

Ressalta-se ser interessante implementar esta proposta nas equipes do município com o apoio de funcionários da secretaria de saúde, para melhorar os indicadores relacionados com as doenças cardiovasculares e favorecer a nossa principal função: a medicina preventiva.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ S., R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social. Havana: **Editorial Ciências Médicas**, v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.

ARAUJO, Alberto José de et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** [online]. v.30, suppl.2, p. S1-S76, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde.** Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** hipertensão arterial e diabetes mellitus/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2001: 104 p.

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

CONTAGEM (MG). Prefeitura. 2013. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br>. Acesso em: set. 2013.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

ROCA, G. R. **Temas de Medicina Interna.** , 4. ed. tomo 1. Havana: Editorial Ciências Médicas. Quinta parte. p. 239 - 523. 2002.

SIMÃO, M; NOGUEIRA, M.S.; HAYASHIDA, M.; CESARINO, E.J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico on line] v.4, n.2, p. p. 27 – 35, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>.

SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. da R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas !. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. v.46, n.3, p. 212-214, 2002.

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