

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

MARIA DE LA CARIDAD MENENDEZ BELTRAN

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM RISCO DE ÓBITOS NA
EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE LAMBARI/MG**

Pólo Campos Gerais /MG
2015

MARIA DE LA CARIDAD MENENDEZ BELTRAN.

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM RISCO DE ÓBITOS NA
EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE LAMBARI /MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

MARIA DE LA CARIDAD MENENDEZ BELTRAN

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM RISCO DE ÓBITOS NA
EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE LAMBARI/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora Prof. Ma.: Marlene Das Graças Martins

-Banca Examinadora

- Examinador 1: Prof. Ma.: Marlene Das Graças Martins

- Examinador 2 : Prof.

-Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho:

À Comunidade de Lambari, que me acolheu.

À Equipe vento, que partilhou comigo a busca do conhecimento.

Aos meus Familiares, que me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

Aos meus pais, fonte de permanente apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

À minha Orientadora e demais Professores pela dedicação e auxílio.

À minha equipe, pela participação e ajuda.

À Coordenação da Atenção Básica, pelo Apoio.

À todos que de alguma maneira, contribuíam para realização deste trabalho.

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte no Brasil. É representada pelas doenças do aparelho circulatório com três vezes mais morte do que a segunda causa de óbito. Além disso, essas doenças são as responsáveis por 10% das internações, primeiro lugar em gastos com saúde e primeira causa de aposentadorias por doença ou invalidez. Para a redução desse importante problema de saúde pública é fundamental o monitoramento dos fatores de risco. O controle adequado dos pacientes deve ser uma das prioridades da Atenção Básica à Saúde, partindo do princípio que o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequados dessas afecções são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. A área de abrangência da equipe possui um número de pacientes com risco cardiovascular aumentado decorrente de suas co-morbidades crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e dislipidemia, muitas vezes associadas à obesidade, tabagismo e sedentarismo. Após essa análise, o objetivo do estudo foi elaborar um Projeto Intervenção a fim de minimizar os fatores de riscos para as doenças cardiovasculares na equipe da ESF-Vento, no município de Lambari/MG. Foi realizado o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Fhamingham. Em seguida, será direcionada, conforme as prioridades, com encaminhamentos para especialistas nos casos de indicação e criação dos grupos. A partir da implementação do plano de ação, pretende-se aumentar a adesão da população para as mudanças do estilo de vida e uso correto das medicações, estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao estado de saúde e propiciar melhoria na qualidade de vida de forma significativa.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares, Fatores de risco, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT.

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Brazil. It is represented by diseases of the circulatory system with three times more deaths than the second most common cause of death. In addition, these diseases are responsible for 10% of hospitalizations, first in health spending and first cause of sickness or invalidity pensions. For the reduction of this important public health problem is fundamental monitoring of risk factors. The proper control of the patients must be one of the priorities of the basic attention to health, assuming the early diagnosis, appropriate treatment and control of these diseases, are essential for reduction of adverse cardiovascular events. The area of the team has a number of patients with cardiovascular risks arising from its associated comorbidity. Chronicles how hypertension (SAH), Diabetes Mellitus (DM) and Dyslipidemia, often associated with obesity, smoking and sedentary lifestyle. After this analysis, the objective of this study was to develop a contingency plan for the prevention and treatment of cardiovascular disease being implemented by family health team-work in Lambari/Minas Gerais. To approach, will be carried out the registration and the cardiovascular risk stratification, by Framingham score. Then, the approach will be taken in accordance with the priorities, with referrals to specialists in cases of indication and creating groups. From the implementation of the action plan, it is intended to increase the membership of the population to the lifestyle changes and proper use of medications, stimulating the autonomy of the subject in relation to the State of health and to promote improvement in the quality of life significantly

Key words: Hypertension, Diabetes Mellitus, Cardiovascular Diseases, risk factors, basic attention.

SUMÁRIO

1--INTRODUÇÃO-----	9
2--JUSTIFICATIVA-----	13
3--OBJETIVO -----	14
4--METODOLOGIA. -----	15
5--REFERENCIAL TEÓRICO-----	16
6--PROPOSTA DO PLANO DE AÇÃO. -----	19
7--CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	29
REFERÊNCIAS -----	30

1-INTRODUÇÃO

1.1- Principais características do município de Lambari- MG

O município de Lambari-MG, encontra-se localizado a sul da capital Belo Horizonte, mesorregião sul-sudeste de Minas Gerais (IBGE-2008). Os municípios limítrofes são Cambuquira, Campanha, São Gonçalo do Sapucaí, Heliodora, Natércia, Jesuânia. A distância para a capital é de 339 km, tem uma área de 213, 139 km² e clima tropical de altitude. A população estimada é de 20.564 habitantes. É considerada uma estância hidromineral, fazendo parte do famoso Circuito das Águas de Minas Gerais (IBGE, 2014).

O Município tem um Hospital e Pronto Socorro, seis Unidades de Saúde da Família, laboratório municipal e secretaria de Saúde. Além disso, tem consultórios, clínicas e laboratórios particulares. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é R \$ 11.172,18 (IBGE-2011).

O 62% do capital injetado no Município vem da agricultura, principalmente, da venda e exportação do café, se destacando ainda a pecuária e a produção de milho, feijão e banana. (IBGE-2011)

O 21% do capital injetado no município vem da indústria. Lambari tem mais de 30 microempresas, principalmente do setor de confecções e de metalurgia. Lambari possui o maior pólo sul mineiro de produção de artigos em aço inoxidável para a indústria de laticínios, química e farmacêutica, exportando seus produtos para todo o Brasil. (IBGE-2011). 15% do capital injetado no município vêm do turismo. Lambari possui um potencial turístico invejável. Além da maior vazão de água mineral gasosa do mundo

A População tem uma série de recursos para as modalidades de esportes. Lambari possui 9 hotéis, sendo 4 de alto padrão, 12 pousadas e 7 restaurantes requintados. Apesar de ser uma cidade pequena, possui um grande e variado número de estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços. 2% do capital injetado no município vêm de outros segmentos.

-Caracterização da Unidade de Saúde da Família (USF)

O horário de funcionamento da USF é de 07:00 às 16:00hs.

Área física: possui somente um só consultório, 1 sala de curativos, 1 sala de acolhimento, 1 recepção , 1 consulta de enfermagem , local de atendimento de ACS A População da ESF é de 2429, sendo apenas 822 (27.71%) são usuários do SUS. Os principais postos de trabalho são na agricultura, indústria metalúrgica, confecções, sendo o turismo um serviço geral. A comunidade possui diversos aglomerados. Muitos moradores vivem em casas cedidas pelo Estado. As causas de óbitos comuns na região são provenientes de doenças cardiovasculares e câncer. Em relação aos recursos humanos: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma médica.

-Recursos da comunidade:

A comunidade conta com um hospital- Pronto socorro municipal, uma policlínica , 4 clínicas, 5 farmácias, e 3 laboratórios clínicos, tem 2 escolas e 1 creche. Possui serviços de energia elétrica, abastecimento de água, correios, bancos para 100% da população e nem toda população possui serviços de telefonia particular.

EQUIPAMENTO SOCIAL EXISTENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

Quadro 1- Equipamentos sociais

EQUIPAMENTO SOCIAL	TOTAL
Escolas	02
Associações de moradores	01
Entidades Beneficentes	01
Creches	01
Praça (s)	02
Igrejas:	03
Comércio	18
Outros: (Empresas	03

Fonte: prefeitura municipal de Lambari/MG (2014).

Problemas sociais prevalentes: Comercialização e dependência de álcool e outras drogas e moradores de rua.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Quadro 2 – Aspectos Demográficos População Masculina

TOTAL DA POPULAÇÃO MASCULINA: 1100											
Idade	-1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60e +	Total
Nº indivíduos	5	32	22	32	76	104	289	136	155	249	1.100

Fonte: SIAB/2015

Quadro-3 Aspectos Demográficos População Feminina

TOTAL DA POPULAÇÃO FEMININA: 1329											
Idade	-1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60 e +	Total
	2	29	25	45	68	81	323	190	206	360	1.329

Fonte: BRASIL, SIAB (2015)

2. JUSTIFICATIVA.

Este trabalho justifica-se pela prevalência de fatores de riscos para doenças cardiovasculares no território de abrangência da ESF e suas conseqüências. Verifica-se também, que existem informações insuficientes acerca dos riscos da comunidade. Percebe-se que o sedentarismo, os hábitos alimentares, o tabagismo e o alcoolismo são freqüentes e levam a doenças como hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade. Com isso, aumentam os riscos cardiovasculares e doenças mais graves como acidentes vasculares cerebrais (AVC), doenças renais crônicas (DRC), infarto agudo do Miocárdio (IAM)

De um modo geral, as doenças cardiovasculares levam ao aumento da invalidez e do desemprego, aposentadorias precoces e óbitos. Por isso, é preciso planejar as ações, executá-las e avaliar os resultados em relação ao objetivo proposto nesse estudo. A equipe lida com esses problemas cotidianamente, mas faltam instrumentos e ações simples os quais possam amenizar essa realidade. Assim sendo, percebe-se que existe capacidade na equipe para tal, tornando esse projeto viável.(SERRANO JR, TIMERMAN, STEFANINI, 2009)

3 - OBJETIVO GERAL

Elaborar um Projeto Intervenção a fim de minimizar os fatores de riscos para as doenças cardiovasculares na equipe da ESF- Vento, no município de Lambari/MG.

4- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desse estudo, foi realizado o diagnóstico situacional da USF Vento, no município de Lambari/MG, incluindo reunião com toda a equipe envolvida. A estratégia de busca foi a utilização das bases de dados das instituições, suas normas técnicas, consultas de dados secundários da USF, dados e biblioteca do Ministério de Saúde.

Para continuidade do trabalho, foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme o módulo de iniciação científica e seção 2, parte 1 do módulo de Planejamento, incluindo uma revisão da literatura sobre o tema.

5-REFERENCIAL TEÓRICO.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes no mundo e 46% do total de doenças que atinge a população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Segundo estudos recentes no Brasil, as doenças crônicas são as principais causas de óbitos (cerca de 30% do total) é representada pelo conjunto das doenças do Aparelho circulatório. Figuram entre as principais causas o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Doença aterotrombotica ou hemorrágica vascular cerebral) e as diversas formas clínicas da doença Isquêmica do coração ou aterotrombotica coronária (infarto do miocárdio, angina de peito, cardiomiopatia isquêmica). Estas doenças matam aproximadamente três vezes mais do que a segunda causa de óbitos Com relação aos gastos com internações, ocupam o primeiro lugar e aparecem como a primeira causa de aposentadoria por doenças ou invalidez (1\3 do total). Por fim, de acordo com o indicador anos de vida perdidos, justados por idade- AVAI (Proveniente da sigla inglesa DALY-disability abjusted life years), AVC e a doença cardíaca isquêmica constituem as principais causa de AVAI no Brasil - 9,6% do total (SERRANO JR, TIMERMAN, STEFANINI, 2009).

O diabetes é a segunda causa com (5,0%) do total (BRAUNWARD, ZIPER, 2006). Dessa forma as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a HAS e o DM assumem posição importante dentre os problemas de saúde pública, pois apresentam alta prevalência curso clínico insidioso e freqüentemente assintomático, múltiplos fatores de risco (modificáveis e não modificável), difícil controle e possibilidade de evoluir com complicações graves, principalmente as cardiovasculares (SERRANO JR, TIMERMAN, STEFANINI, 2009).

As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 118 milhões de internações no sistema único de saúde (SUS) em 2005 e um custo aproximado de 1,3 bilhões de reais (MINAS GERAIS, 2006). Além disso, como conseqüência da falta de adesão ao tratamento medicamentoso, os indivíduos também correm um grande risco de saúde onde a hipertensão não tratada pode evoluir para

complicações nos sistema cardiovascular, renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca (PRADO, KUPEK, MION, 2007).

Camargo Júnior (2001) afirma que existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são aqueles que são possíveis de intervenção, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão alcoólica, a hipercolesterolêmica, consumo de sal em excesso, diabetes, uso de drogas, estresse e outros. Os fatores constituídos por fenômenos oriundos da própria geração e desenvolvimento da vida do ser humano como a idade, sexo, herança genética e a etnia são denominados de não modificáveis.

Para classificação em grupos de risco utiliza-se a escala de risco de FRAMINGHAM revisada de acordo com (D'AGOSTINO et al, 2008), que consiste em um algoritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV) que podem ser usadas na Atenção Primária à Saúde (APS) para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as doenças crônicas não transmissíveis. Esse algoritmo se estende e expande na formulação de risco geral de (DCV) em relação a primeira escala de risco de Framingham com base em um número maior de eventos, incorpora HDL colesterol e estima o risco de DCV absoluto, de acordo com a escala modificada (D'AGOSTINO et al, 2008). A proposta foi criar uma ferramenta de avaliação de risco multivariável que permitisse identificar candidatos de alto risco para eventos cardiovasculares ateroscleróticos iniciais, utilizando medidas prontamente disponíveis na clínica e laboratório. A secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais (SES\MG\2012) denominou esta atividade como estratificação de risco cardiovascular em usuários (MEIRELES et al, 2013).

Os usuários que apresentam doença cardiovascular ao exame clínico inicial como a insuficiência coronária, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica, estagio 3 ou mais, história de acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório), já são classificados como alto risco (MEIRELES et al, 2013).

Segundo Nobre et al (2010) e Meirelles et al (2013) o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência da DCV. A HAS é um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica.

Estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode minimizar a progressão da DRC ou impedir o seu aparecimento (TRAVAGIM et al,2010).

As medidas não medicamentosas, como mudança no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são recomendados, pois, além de reduzir a os níveis pressóricos e conseqüentemente as mortalidades cardiovasculares possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde já que são as formas mais efetivas de evitar doenças. Portanto, as ações de prevenção devem visar estimular mudança no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva aos fatores de risco (NOBRE 2010).

Ribeiro et al (2011) afirma que as práticas educativas na APS devem fornecer informações sobre a tratamento das doenças, estimular a autopercepção da doença e a co-responsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado por meio de por exemplo, oficinas educativas em grupos e orientações domiciliares. Além disso, conclui também que agregar os familiares na atividade de educação em saúde mostrou-se importante, por facilitar as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão ao tratamento. Destaca-se ainda, a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve os portadores de doenças cardiovasculares.

6-PROPOSTA DO PLANO DE AÇÃO.

6.1- Identificação e priorização dos problemas na área de abrangência da ESF:

Os problemas foram identificados a partir dos dados produzidos na USF, reuniões com a equipe e com a comunidade. São eles:

- a) Óbitos por doenças cardiovasculares.
- b) Alta incidência de câncer.
- c) Falta de atendimentos de psicologia e odontologia.
- d) Infraestrutura inadequada: local adaptado e instalações inadequadas para assistência, procedimentos de enfermagem, imunizações e observação de pacientes.
- e) Comercialização e dependência de álcool e outras drogas, bem como, muitos moradores de rua.

Quadro 4 – Classificação de prioridades para os problemas identificados em ESF- Ventos:

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de atendimentos de psicologia e odontologia	Alta	6	Parcial	4
Alta Incidência de Câncer	Alta	6	Parcial	2
Risco de óbito por doença cardiovascular.	Alta	7	Parcial	1
Infra-estrutura inadequada:	Alta	6	Parcial	5
Comercialização e dependência de álcool e outras drogas, bem como, muitos moradores de rua.	Alta	6	Parcial	3

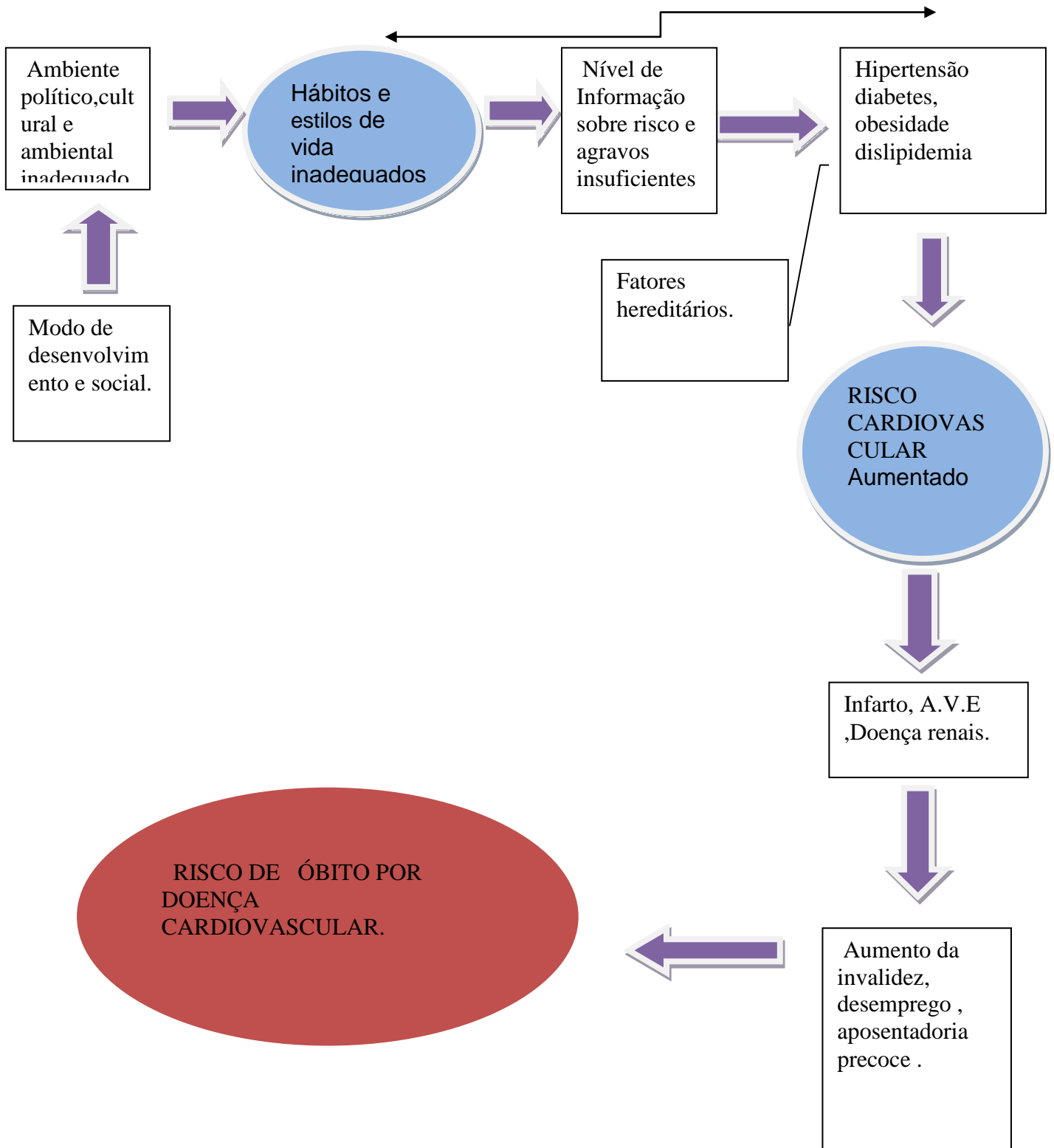
6.2- Descrição do problema selecionado.

A ESF foi implantada recentemente e percebe-se que são prevalentes as doenças como hipertensão, diabetes, hiperlipidêmica, tabagismo, obesidade, sobrepeso. Essas informações são de extrema importância para que a equipe possa acompanhar os pacientes com riscos cardiovasculares e assim, planejar ações que possam reduzir os óbitos evitáveis. A ESF possui 155 diabéticos cadastrados, sendo que 110 são acompanhados. Num montante de 519 hipertensos cadastrados, 355 acompanhados. No período de julho 2014 a março 2015 houve 14 óbitos por essa condição.

6.3- Explicação do problema.

A população cadastrada tem determinantes que levam aos principais problemas do território, como o modelo de desenvolvimento econômico e social, o ambiente político, cultural e ambiental, bem como, hábitos e estilos de vida inadequados. O nível de informação da população é baixo, o sedentarismo, o tabagismo e o alcoolismo levam a padecer de doenças como hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemia além dos fatores hereditários. Estas doenças predispõem as complicações mais graves como o infarto, AVC e doenças renais, aumentando a invalidez, o desemprego, as aposentadorias precoces e os óbitos.

Figura 1- Árvore explicativa de problema Risco de Óbito por doença cardiovascular em ESF Vento.



6.4– Desenhos de operações para os “nós” críticos

Após a equipe identificar as causas do Risco de óbito por doenças cardiovasculares, selecionou-se como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal, para ter a possibilidade de ações mais diretas e ter um importante impacto. Vejamos quais foram os problemas considerados “nós críticos” pela equipe:

- 1- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- 2- Níveis de informação insuficiente.
- 3-Falta de Infra-estrutura dos serviços de saúde.
- 4- Processos de trabalho da equipe de saúde inadequado.

Quadro 5 – Desenho de operações para os “nós” críticos - óbito por doenças cardiovasculares.

Nós críticos.	Operação projeto	Resultado esperado	Produtos	Recurso necessário.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 88 % de tabagismo, obesidade, maus hábitos alimentares, alcoolismo.	Campanhas na rádio, escolas, fazer palestras, programas de saúde.	Audiovisuais, Folhetos educativos. I
Nível de informação insuficiente	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos Cardiovasculares	Aumentar o nível de informação da população.	Campanhas educativas para a população (palestras, a rádio, folhetos)	Cognitivo; Conhecimento Sobre estrutura de comunicação e Organizacional. Articulação Intersetorial (parceria com o setor educacional e mobilização social.
Falta de infra-estrutura dos serviços de saúde.	Melhorar a infra-estrutura do serviço para o atendimento do portadores de risco	Garantia de medicamento e exames previstos nos protocolos para os	Capacitação de pessoal compra de medicamentos e exame, consultas	Aumento de consultas e exames, destinando recursos financeiros e

	cardiovascular.	pacientes de risco.	especializadas.	humanos para isso.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado	Implantar a linha de cuidado para o risco cardiovascular. Cadastrar dos 100% da população	Cobertura da população de risco.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado.	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão profissionais; Organizacional → adequação de fluxos (referência e contra-referências).

6.5- Desenhos das operações:

Quadro 6. Desenho das operações- ESF Vento

Nó crítico	Operação projeto	Resultado esperado	Produto	Recurso necessário
Hábitos e estilos de vida inadequados	Melhorar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 88% de tabagismo, obesidade, maus hábitos alimentares, alcoolismo.	Campanhas na rádio, escolas. Estimular atividades físicas em grupos	Audiovisuais, organizar caminhadas Folhetos educativos
Nível de informação insuficiente	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos Cardiovasculares	Aumentar o nível de informação da população.	Campanhas educativas (palestras, a radio, folhetos)	Cognitivo; Conhecimento Sobre estrutura de comunicação e Organizacional. Articulação Intersetorial (parceria com o setor

				educacional e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde inadequada.	Melhorar a infraestrutura dos serviços para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para os pacientes de risco.	Capacitação de pessoal compra de medicamentos e exame, consultas especializadas.	Aumento de consultas e exames, destinando recursos financeiros e humanos para isso.
Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde	Implantar a linha cuidada para o risco cardiovascular, cadastro dos 100% da população,	Cobertura da população de risco.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado.	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão profissionais; Organizacional → adequação de fluxos (referência e contra-referências).

6.6- Identificações dos recursos críticos.

Quadro 7- Identificação dos recursos críticos por ESF Vento.

Operação projeto	Recursos críticos.
Projeto + saúde.	Político articulação Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, ET
Projeto saber +.	Político > articulação Intersetorial e aprovação dos projetos;
Projeto Cuidar Melhor	Político > decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Projeto Linha de Cuidado	Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

6.7- Análises da viabilidade do plano

Quadro 8- Análise de viabilidade do plano por ESF Vento.

OPERAÇÃO PROJETO	RECURSO CRÍTICO.	CONTROLE DE RECURSO CRÍTICO.	AÇÃO ESTRATÉGICA.
Projeto + saúde	Político articulação Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local; Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, et	Gestores, Conselho Municipal de Saúde -motivação favorável	Apresentação do projeto para os gestores para mostrar a necessidade das intervenções.
Projeto saber +.	Político > articulação Intersetorial e aprovação dos projetos;	Secretaria de saúde (controlador)motivação favorável.	Não necessário
Projeto Cuidar Melhor	Político > decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;	Secretaria de saúde (controlador)motivação favorável.	Não necessário.
Projeto Linha de Cuidado	Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretaria de saúde e prefeitura municipal, CMS e fundo municipais de saúde- Motivação favorável.	Apresentação de projeto com estatística, e comprovado a necessidade que tem o município do projeto.

6.8- Elaboração do plano operativo.

Quadro 9. Elaboração do plano operativo por ESF Vento.

Operação	Resultado	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Projeto + saúde	Diminuir em 88 % de tabagismo, obesidade, maus hábitos alimentares, alcoolismo.	Campanhas na rádio, escolas, fazer palestras, programas de saúde.	Não necessário	Adriana	3 meses para apresentação do projeto; 3 meses para realizar a campanha.e 2 meses para fazer as palestras e 5meses para programa de saúde.
Projeto saber +.	Aumentar o nível de informação da população.	Campanhas educativas (palestras, a rádio, folhetos, Capacitação	Não necessário	Vanessa	2meses para as campanhas educativas. E 4 meses para capacitação da equipe
Projeto Cuidar Melhor	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para os pacientes de risco.	Capacitação de pessoal compra de medicamentos, exames, e consultas especializadas.	Não necessário.	Michelle	4meses para capacitação do pessoal; 2meses para compra de medicamentos e exames
Projeto Linha de Cuidado	Cobertura da população de risco.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada;	Apresentação de projeto com estatística para demonstrar necessidade que tem o município do projeto	Maria	2meses para fazer uso de protocolos implantados, 3 meses capacitação dos recursos humanos.

6.9- Gestões do plano

Quadro 10. Gestão do plano - ESF Vento.

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Palestras, conversar com a população local, distribuição de cartilhas, radio local	ACS demais membros da equipe	3 MESES	Organização.	Organizar ações, juntar recursos necessários e iniciar ações.

As ações a serem desenvolvidas serão:

1-Implantar o acolhimento realizado por enfermeiro na rotina da equipe e estabelecer regras claras para a captação e agendamento dos pacientes

2-Estabelecer um protocolo de acompanhamento periódico de cada indivíduo (3/3meses, 4/4meses, 6/6meses com forme o caso).

3-Aperfeiçoar forma de atuação das ACS, de maneira a cadastrar, conhecer e acompanhar melhor os pacientes fora da ESF. Assim, serão as responsáveis por cada paciente do grupo pertencente a sua microarea, marcando a consulta de retorno no momento correto, conforme definido anteriormente.

4-Acompanhar as ações executadas monitorando a quantidade total de integrantes do grupo, número de consultas agendadas para os participantes, (seja via ACS ou por acolhimento); monitorar o número de pacientes em acompanhamentos periódicos, segundo protocolo, em relação ao total de pacientes cadastrados e quais os pacientes que realmente estão controlados.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A magnitude das prevalências dos fatores de risco sugere que é preciso intensificar as estratégias de prevenção e promoção de saúde no âmbito das doenças cardiovasculares, assim como, aprimorar o atendimento emergencial ao paciente com risco de doença coronariana. Diante da problemática da equipe do estudo, ficou evidente a necessidade de se fazer a reestruturação da agenda de trabalho da equipe de modo que contemple a assistência à saúde na prevalência das doenças cardiovasculares no território. Além disso, deve-se implantar um cuidado integrado y continuo que ofereça mais do que consulta: orientações sobre mudanças no estilo de vida, atenção aos grupos específicos e acompanhamento adequado dentro e fora do ambiente da ESF. Faz-se necessário trabalhar com agendamento de consultas para que o usuário venha a unidade, periodicamente, para avaliação, orientação, exames de controle e prescrição a ser seguida até o próximo retorno segundo um cronograma individualizado a ser cumprido. Assim sendo, os usuários não buscarão atendimento de demanda espontânea para essa finalidade, muito menos o pronto atendimento, pois já estará devidamente acompanhado e controlado.

REFERÊNCIAS

- BRAUNWALD, E; ZIPES, D.P.B. **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Indicadores Sociodemográfico e de Saúde no Brasil. 2008**. Disponível em: <Http|www.ibge.gov.br|home|presidencia|noticias|noticia-impressao.php?id-noticia>1445> Acesso em Mar. 2014.
- CAMPOS, F. C. C. et al. **Planejamento e avaliação das ações saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p110, 2010.
- CECILIO, L. C. O. et al. **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental** In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p 151-167. 1997.
- CAMARGO JÚNIOR. Alvacir. **Análise do Comportamento da Pressão Arterial sud duas intensidades de exercício aeróbico em Hipertensos**. 56 f Monografia (Licenciatura)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. p16. 2001.
- D`AGOSTINO, R., Vasan R.S., Pencina M.J., et al. **General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care. The Framingham heart study. Circulation** 117: p.743-753.2008.
- MEIRELES, A.L et al. **Atenção a Saúde do Adulto. Conteúdo Técnico da linha – guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal crônica** (no prelo), Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3ed, p21-97.2013.
- MATUS, C. et al. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, p 105 – 176.1989.
- MATUS, C. et al. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SASIMG, 186p. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo IBGE 2010**, Departamento de Informática do Sistema único de Saúde- DATASUS, 2014.
- NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, vol.17, n.1, Jan\Mar, p57.2010.
- PRADO JC. Jr, KUPEK E, MION D Jr. Validity of Four indirect Methods to measure adherence in primary care Hypertensive's. **J Human Hypertens**. 2007.

RIBEIRO, A.G.et al .Representações Sociais de Mulheres portadora de hipertensão arterial sobre sua enfermidade :desatando os nos da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família.**Physis**.Rio de Janeiro,vol.21n.1.2011.

RIVERA, F.J.U.et al. (Org.) **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SANTOS M.A; OLIVEIRA, A.L.D. **Ação centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Mimeo, 7p. 2013.

SERRANO JR., C.V, TIMERMAN, A, STEFANINI, E. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Pablo. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2ed. São Pablo: SOCESP: Manole, 2009.

TRAVAGIM, D.S.A.et al. Prevenção e Progressão da doença renal crônica: Atuação do Enfermeiro com diabéticos e Hipertensos. **Rev.enferm. VERJ**. Rio de Janeiro, Abril\ JUN.2010, 18 (2), 291-7G.292)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Genova, 2005.