

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

EZEQUIEL LUIS RAMÍREZ RODRÍGUEZ

**REDUÇÃO DO ALTO RISCO CARDIO-CEREBRO-VASCULAR NA
POPULAÇÃO DO BAIRRO SANTA HELENA II, DO DISTRITO PETROLÂNDIA,
CONTAGEM - MINAS GERAIS: um projeto de intervenção**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

EZEQUIEL LUIS RAMÍREZ RODRÍGUEZ.

**REDUÇÃO DO ALTO RISCO CARDIO-CEREBRO-VASCULAR NA
POPULAÇÃO DO BAIRRO SANTA HELENA II, DO DISTRITO PETROLÂNDIA,
CONTAGEM - MINAS GERAIS: um projeto de intervenção**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

EZEQUIEL LUIS RAMÍREZ RODRÍGUEZ.

**REDUÇÃO DO ALTO RISCO CARDIO-CEREBRO-VASCULAR NA
POPULAÇÃO DO BAIRRO SANTA HELENA II, DO DISTRITO PETROLÂNDIA,
CONTAGEM - MINAS GERAIS: um projeto de intervenção**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 21/05/2016

DEDICO

A todos aquele que de uma forma ou de outra tiveram a ver com a realização deste trabalho.

À Equipe de Saúde da Família Santa Helena 02 pela dedicação e perseverança, na obtenção de todas as informações.

À população de Santa Helena por sua valiosa apoio sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força e a dedicação que impregnou em mim.

Aos professores da UFMG pela sua dedicação e entrega.

Ao povo brasileiro pela oportunidade de trabalhar com ele e para ele.

Obrigado gente.

RESUMO

Este trabalho tem como ponto de partida o resultado da análise situacional de saúde feita pela Equipe nº 65, do distrito Petrolândia, município de Contagem, Minas Gerais na área de abrangência do bairro de Santa Helena 2. De acordo com os dados do diagnóstico das famílias cadastradas, 13,8% da população apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica dos quais 7,2% apresentam diabetes, 38% obesidade ou sobrepeso além de serem, em grande maioria, sedentários e fumantes. Todas estas condições de saúde relacionam-se diretamente com o risco cardio-cerebro-vascular e que constituem como a principal causa de morbimortalidade. Este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para a redução da doença cardíaco-cerebro-vascular na população de Santa Helena II do distrito de Petrolândia, Contagem, Minas Gerais. Foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde, na base de dados da SciELO, com os descritores: hipertensão, fatores de risco, atenção básica em saúde. Também foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual do Nescon e Programas do Ministério da Saúde. Espera-se que a implantação e desenvolvimento as ações de saúde propostas no plano alcancem os resultados esperados e as pessoas tenham melhor qualidade de vida.

Palavras chave: Hipertensão. Fatores de Risco. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

This work takes as its starting point the results of the situational analysis of health made by Team 65, the Petrolândia district in the city of Contagem, Minas Gerais in the coverage area of the Santa Helena neighborhood 2. According to the data of the diagnosis of families registered, 13.8% of people have hypertension of which 7.2% had diabetes, 38% were obese or overweight and are in great majority, sedentary and smoking. All these health conditions relate directly with cardio-cerebro-vascular risk and constitute the main cause of morbidity and mortality. This study aimed to develop an action plan to reduce cardio-cerebro-vascular disease in the population of St. Helena II Petrolândia district, Contagem, Minas Gerais. A literature review was made on the Virtual Health Library, the database SciELO, with the key words: hypertension, risk factors, primary health care. It was also done research in the Virtual Library of Nescon and the Ministry of Health Programs. It is expected that the implementation and development health actions proposed in the plan to achieve the expected results and people have better quality of life.

Key words: Hypertension. Risk factors. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO.....	13
4	METODOLOGIA.....	14
5	BASES CONCEITUAIS.....	15
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	17
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

No período do Brasil Colônia, a vida em Minas Gerais transcorreu sob o signo da mineração. Para manter o controle sobre a atividade econômica, a Coroa Portuguesa instalava postos de fiscalização e arrecadação chamados postos de registros e um desses postos foi abrigado na região conhecida como Abóboras. Em torno desse posto, surgiu um pequeno povoado e a população ergueu uma capela para abrigar o santo protetor dos viajantes, São Gonçalo do Amarante. Foi assim que surgiu o arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras, no início do século XVII, uma homenagem ao Santo e uma referência à contagem das cabeças de gado, de escravos e mercadorias para serem taxadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2015).

A emancipação do Município de Contagem ocorreu em 30 de agosto de 1911, pela Lei nº 556. Antes disso pertenceu à Comarca do Rio das Velhas, distrito do município de Sabará. Contagem perdeu sua autonomia administrativa em 1938, tornando-se distrito de Betim. A Lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948, restaurou a autonomia administrativa da cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2015).

Destaca-se que com a crise financeira mundial de 1929, a economia mineira entrou a década de 1930 em decadência. Representantes dos setores produtivos e da tecnocracia estadual passaram, a advogar a tese de que o estado, rico em recursos naturais, precisava se industrializar para superar o atraso econômico. Como resultado dessa nova orientação política, em 1941, o governador Israel Pinheiro inaugurou o sistema de distritos industriais que seria gradualmente construído em Minas Gerais ao longo das décadas seguintes (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2015).

Ocorreu com isso, a criação do Parque Industrial, mais tarde denominado Cidade Industrial, em Contagem, como primeira e principal medida resultante desta nova política. A região foi escolhida por ser vizinha da capital, por apresentar um relevo suave e ter boas condições de acesso às estradas que ligam Minas Gerais ao Rio de Janeiro e a São Paulo. Além disso, tratava-se, à época, de uma área pouco

habitada, com vastas extensões de terrenos que poderiam ser adquiridos dos fazendeiros endividados (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2015).

Nos últimos anos, a Prefeitura de Contagem, em parceria com os governos Federal e Estadual, conseguiu resolver problemas antigos da cidade, nas áreas de infraestrutura de trânsito e saneamento, na manutenção dos espaços públicos, na habitação, e nas políticas sociais de educação, saúde e segurança pública. Hoje, Contagem é a 3ª mais rica de Minas Gerais e a 2ª na geração de empregos. Contagem já é a 25ª. Cidade mais rica do país (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2015).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população de Contagem era de 608.715 habitantes, sendo 292.797 habitantes homens e 315.853 mulheres. Deste total, 601.402 habitantes residiam na zona urbana e 7.248 na rural.

Em relação à assistência de saúde na Atenção Primária realizada no distrito de Petrolândia onde atuo como médico há 16 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A equipe de saúde a qual pertenço integra a UBS Santa Helena II que conta com uma população de 3.514 moradores e 1.115 famílias cadastradas, dividida em cinco microáreas.

O diagnóstico situacional feito na nossa área de abrangência identificou na população, em geral, 485 casos diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 254 pessoas com Diabetes *Mellitus*, 1335 pessoas com sobrepeso ou obesidade e grande maioria dos usuários são sedentários ou fumantes. Essas condições relacionam-se diretamente com o risco cardio-cérebrovascular na população e que se constitui hoje como a principal causa de morbimortalidade.

Diante desse quadro, torna-se importante propor um projeto de intervenção para buscar diminuir os riscos e complicações de saúde da população da UBS Santa Helena II de Contagem.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta de forma substancial com a elevação da PA de forma linear e contínua. Além do mais, a HAS, a diabetes e o tabagismo são os fatores de risco mais frequentes das doenças cardio cérebro vasculares.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006, p.7).

Destaca-se que um dos grandes desafios no controle da HAS é que ela é, na maior parte do seu curso, assintomática e seu diagnóstico e tratamento são, muitas vezes, negligenciados. Além disso, ocorre baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006).

Na realidade da equipe do ESF "Santa Helena II" é constante os atendimentos de pacientes com Hipertensão arterial, diabetes e fumantes com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis. Também são constantes os casos de pacientes com descontroles agudos dos níveis de pressão arterial que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado também são evidentes durante as consultas médica e de enfermagem.

Dessa forma, devido á alta prevalência na HAS na população na área da abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhoras das condições de saúde e de vida da população, reduza a morbimortalidade relacionadas às doenças cardiovasculares e indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

A proposta de desenvolver este trabalho surgiu, a partir da minha prática como médico da equipe de saúde da família, em que ficou evidente a busca assídua de usuários hipertensos, diabetes e tabagistas com quadro descompensado e complicações da doença. Como mencionado, trata-se de fatores de risco com alta prevalência na comunidade estudada, e que repercute diretamente na qualidade de vida dos usuários, além de aumentar o risco de internações/óbitos, se não estiver controlada.

Assim, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto de medicação e a preocupação com o bom controle da hipertensão.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para a redução da doença cárdio-cerebro-vascular na população de Santa Helena II do distrito de Petrolândia, Contagem, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com as diretrizes do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para subsidiar o plano foi realizado levantamento bibliográfico do tipo narrativo, com publicações em português, no período de 2004 a 2014, pesquisadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores: hipertensão, fatores de risco, atenção básica em saúde. Também foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual do NESCON e Programas do Ministério da Saúde.

Realizou-se o Plano de Intervenção a partir da análise realizada em conjunto com todos os membros da Equipe de Saúde da Família "Santa Helena II", levando-se em consideração os critérios estabelecidos no método de planejamento.

Foi elaborado então um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas para solucionar e enfrentar a situação.

5 BASES CONCEITUAIS

A sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.19) afirma que

“A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, 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”.

Dados do Ministério da Saúde apontam que, no Brasil, cabe às equipes de Atenção Básica (AB) os desafios do controle e da prevenção da hipertensão bem como de suas complicações. Como se sabe, as equipes da AB são multiprofissionais e seu processo de trabalho exige conhecimento dos usuários cadastrados na área de abrangência e a formação de vínculo com a comunidade. Dessa forma, fica mais fácil trabalhar com os usuários suas necessidades específicas e as respectivas modificações de estilo de vida, cujos resultados são essenciais na prevenção e no tratamento da hipertensão (BRASIL, 2013).

Dentre os fatores de risco para desenvolvimento de complicações cardio cérebro vasculares encontram-se: alimentação inadequada, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, que são fatores modificáveis e poderão, com estratégias educativas, serem controlados (BRASIL, 2013).

A relevância das condições crônicas como necessidades em saúde levou à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de promover a reorganização dos cuidados, sua qualificação, desenvolvendo estratégias de cuidado e também buscando a promoção de saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2013).

Em relação ao fator de risco do tabagismo, em maiores de 18 anos, sua prevalência diminuiu muito no Brasil, parecendo haver uma estabilização, entre 2006 e 2009 com prevalência atual de 14,8%, sendo maior no sexo masculino 18,1% do que no sexo feminino 12% (BRASIL, 2012).

Existem varias formas de consumo de tabaco e todas são nocivas à saúde: cigarro, charuto, cachimbo, narguilé, rapé e o uso oral do tabaco- tabaco sem fumaça (moído e mascado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMONIA E TISIOLOGIA ,2010).

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (HAS, DM, câncer e doenças respiratórias) possuem quatros fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool (BRASIL, 2011).

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela mobilidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiências de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (BRASIL, 2001 *apud* BRASIL, 2013, p. 63).

Sabe-se que a alimentação ocupa fundamental papel no tratamento e prevenção da hipertensão, uma vez que uma alimentação imprópria está associada, indiretamente, ao maior risco cardiovascular e outros fatores de risco. Destaca-se uma dieta com ingestão de sal diminuída tem importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (MIRANDA; STRUFALDI, 2012).

A inatividade física precisa ser mudada para atividades físicas sistematizadas. Uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida requerem que todo adulto realize, pelo *“menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la.”* É necessário que as pessoas hipertensas iniciem com atividades leves a moderadas, podendo, dependendo de cada pessoa, passar às atividades mais potentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.18).

A equipe de saúde deve considerar o sujeito hipertenso em todas as suas dimensões de vida com vistas a que tenha maior qualidade de vida após acesso às informações claras, educativas e efetivas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com o dito anteriormente, esta proposta se baseou no PES.

6.1 Identificação do problema

Os problemas identificados na Unidade Básica de Saúde Santa Helena II segundo o diagnóstico situacional foram:

- Alto risco para complicações cardio-cerebro-vasculares nos usuários hipertensos.
- Violência.
- Processo de trabalho da ESF ineficiente.
- Pobre participação social.
- Alta incidência da droga.

Quadro 1- Prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardio-cerebro-vascular aumentado	10	9	Parcial	1
Violência	10	8	Fora	3
Problema no processo de trabalho da ESF	10	6	Fora	5
Pobre participação social.	10	5	Parcial	2
Alta da incidência da droga.	10	7	Fora	4

6.2 Descrição do problema

Sabe-se que o não diagnóstico precoce e o não controle das pessoas com hipertensão podem desencadear complicações graves.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 29) diz:

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.

Nesse sentido, para ofertar um tratamento efetivo e eficiente para as famílias cadastradas na UBS Santa Helena 2 com 485 casos de hipertensão cujas pessoas apresentam obesidade ou sobrepeso além de sedentarismo e tabagismo, torna-se de grande importância desenvolver ações que mudem um pouco esse quadro.

6.3. Definição dos nós críticos.

A análise das causas de um problema é importante para que se possam propor ações e atuar nas causas que lhe deram origem. Portanto, foi necessário identificar, aquelas consideradas fundamentais para serem enfrentadas.

A equipe selecionou como “nós críticos” as situações que deram origem ao problema prioritário e sobre os quais a equipe tem possibilidade de ação. São eles: modo e estilo de vida inadequados; desconhecimento das complicações da hipertensão; Falta de educação sanitária; Processo de trabalho da equipe ineficiente.

6.4 Desenho de operações para os “nós” críticos

Para cada nó crítico será apresentado no Quadro 2 o desenho das operações a serem feitas. São objetivos desse passo:

Descrever as operações para o enfrentamento das causas consideradas como “nós críticos”;

Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;

Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema risco cardiovascular aumentado

No crítico	Operação \projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos
Modo e estilo de vida inadequados.	Vida saudável	Diminuição em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas.	Programa de caminhada, campanha educativa. Grupos de educação	Organizacional: laborar agenda de exercícios e grupos educativos; Cognitivo: informações educativas sobre os temas de obesidade, tabagismo e Sedentarismo. Político: articulação com outros setores, NASF. Financeiro: Folhetos educativos, revistas, gravuras.
Desconhecimento das complicações da hipertensão	Mais educação	Pessoas melhores informadas se se cuidando mais.	Grupos educativos	Cognitivo: grupos com educação crítica Financeiro: Folhetos educativos Organizacional: Grupos funcionando regularmente
Falta de educação sanitária	Informar mais	População mais informada sobre risco CCV.	Campanha educativa prevenção dos fatores de risco CCV.	Cognitivo: grupos com educação crítica Financeiro: Folhetos educativos Organizacional: Grupos funcionando regularmente
Processo de trabalho da equipe ineficiente	Trabalhar melhor	Equipe de saúde com maior percepção dos riscos CCV na população.	Processo de trabalho da equipe reorganizado	Organizacional: equipe coesa e trabalhando articulada, Cognitivo: grupos de discussão dos membros da equipe sobre riscos de CCV.

6.5 Identificação dos Recursos Críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser usado em cada operação.

No quadro 3 Estão apresentados os recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Quadro 3 - Recursos críticos para cada projeto relativo ao problema risco cardiovascular aumentado.

Operação \projeto	Recursos críticos.
<i>Vida saudável.</i>	Político. Criar espaços públicos para as caminhadas. Financeiro. Elaboração de matérias educativa.
<i>Mais educação</i>	Político. Articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro. Elaboração de matérias educativas.
<i>Informar mais</i>	Político. Articulação entre os setores. Financeiro. Elaboração de matérias educativa.
<i>Trabalhar melhor</i>	Político. Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional. Reorganizar o processo de trabalho da equipe.

6.5 Análise de viabilidade do plano

Nesse passo, busca-se identificar os atores que controlam os recursos críticos e definir as operações/ações estratégicas capazes de viabilizarem o plano .

A Equipe identificou os atores que devem controlar os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como mostrado no Quadro 4

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações\ projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos Ator que controla		Ação estratégica
Vida saudável	<p>Político. Criar espaço público para as caminhadas.</p> <p>Financeiro. Elaboração de materiais educativos</p>	<p>Educação, cultura e lazer.</p> <p>Secretaria de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Não é necessária</p>
Mais educação	<p>Político. Articulação intersetorial</p> <p>Financeiro. Elaboração de materiais educativos.</p>	<p>.Educação, cultura e lazer.</p> <p>Secretaria de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
Informar mais	<p>Político. Articulação entre os setores.</p> <p>Financeiro. Elaboração de materiais</p>	<p>Associações do bairro.</p> <p>Secretaria de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Não é necessária</p>
Trabalhar melhor	<p>Político. Articulação entre os</p> <p>Organizacional. Reorganizar o processo de trabalho da equipe</p>	<p>Secretaria de saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>

6.6 Elaboração do plano operativo.

Os objetivos desse passo são:

- Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação)
- Definir os prazos para a execução das operações.

A Equipe Santa Helena II, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu, coletivamente, a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 5

Quadro 5 - Elaboração do Plano Operativo

Operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Responsável	Prazo
<i>Vida saudável</i>	Diminuir em um 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas.	Programa de caminhada, campanha educativa.	Médicos e enfermeiros	Três meses início da atividade.
<i>Mais educação</i>	Pessoas melhores informadas e cuidando-se mais.		Médicos e enfermeiros	Apresentar estratégia em três meses
<i>Informar mais</i>	Informar mais Incrementar o nível de informação sobre fatores de risco CCV.	População mais informada sobre risco CCV.	Médico	Quatro meses para apresentar a estratégia
<i>Trabalhar melhor</i>	Trabalhar melhor Dedicar maior tempo as atividade de promoção e prevenção de saúde.	Incrementar a percepção do risco CCV na população.	Médicos e enfermeiros	Três meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção propõe elevar os conhecimentos dos pacientes sobre os fatores de risco e o tratamento precoce das complicações e a priorização das medidas de promoção da saúde, ademais, permitiram a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos, diabético, tabagista e obesos e as palestras informativas, com o objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas a população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n.15). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/>. Acessado em 08 de outubro de 2014.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica de saúde: Caminho da institucionalização**, Brasília. Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação de ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acessado em 10 de outubro de 2014.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* **Protocolo de hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Gerencia de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n], 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo: 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 13 de dezembro de 2014.

MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2015. Disponível em: www.contagem.mg.gov.br/. Acessado em julho de 2015

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMONIA E TISIOLOGIA. Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Chem. Bras**. v. 56, n. 2, p. 134, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>