

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

**YUNIA CHAVIANO CEDENO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO  
NO MUNICÍPIO DE RAPOSOS - MINAS GERAIS**

**RAPOSOS - MINAS GERAIS**

**2015**

**YUNIA CHAVIANO CEDENO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO  
NO MUNICÍPIO DE RAPOSOS - MINAS GERAIS**

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. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**RAPOSOS - MINAS GERAIS**

**2015**

**YUNIA CHAVIANO CEDENO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO  
NO MUNICÍPIO DE RAPOSOS - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra Selme Silqueira de Matos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 1º de julho de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

À comunidade de Raposos que me acolheu.

À equipe de saúde da família Matadouro, que compartilhou comigo a busca do conhecimento.

Aos meus familiares e colegas que me incentivaram em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTO**

À minha orientadora.

À minha equipe, pela participação e ajuda.

À Coordenação da Atenção Básica, pelo apoio.

O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.

Arthur Schopenhauer

## RESUMO

As doenças do aparelho circulatório têm alta prevalência e baixas taxas de controle. São consideradas um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório aumenta progressivamente e são consideradas as primeiras causas de morte no Brasil, sendo responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. O objetivo do estudo foi elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a redução do número de mortes por doenças do aparelho cardiovascular na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Matadouro no município de Raposos, Minas Gerais. O estudo centra-se inicialmente numa descrição geral do município de Raposos onde são mostrados os principais recursos e dificuldades do município; numa segunda etapa foi realizada uma revisão de literatura narrativa sobre o tema; em seguida foi elaborada uma proposta de intervenção dirigida a reduzir os altos índices de mortes por doenças do aparelho circulatório, considerado o principal problema de saúde da área de abrangência da equipe de saúde da família Matadouro. Com esta proposta espera-se modificar hábitos e estilos de vida, aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos para doenças do aparelho circulatório, estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado e reorganizar o processo de trabalho.

**Palavras chave:** Doenças cardiovasculares. Fatores de risco. Prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

Diseases of the circulatory system have high prevalence and low control. Are considered one of the most important public health problems. The mortality from diseases of the circulatory system increases gradually and are considered the first cause of death in Brazil, being responsible for high frequency of hospitalizations, medical costs and high socioeconomic. The objective of this study was to develop a proposal for action to contribute to the reduction of the number of deaths from diseases of the cardiovascular system in the area of family health Team Matadouro in the town of Raposos, Minas Gerais. The study focuses initially on a general description of the municipality of Raposos where are the major features and difficulties of the municipality; in a second step a narrative literature review on the topic; then a proposal for intervention aimed at reducing the high rates of deaths from diseases of the circulatory system, considered the main health problems of the area covered by the family health team Matadouro. This proposal is expected to modify habits and lifestyles, increase the level of information of the population about the risk factors for diseases of the circulatory system, structuring the health services to improve the effectiveness of care and reorganize the work process.

**Key words:** cardiovascular disease. Risk factors. Prevention and control of cardiovascular diseases. Quality of life.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
AVE – Acidente Vascular Encefálico  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
DAC - Doença Arterial Coronariana  
DCV - Doenças Cardiovasculares  
DM - Diabetes *Mellitus*  
HAS - Hipertensão Arterial Sistólica  
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDM - Índice de Desenvolvimento Humano  
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica  
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade  
PES - Planejamento Estratégico em Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
PSF - Posto de Saúde da Família  
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Mortalidade proporcional % segundo grupo de causas no Brasil, dados preliminares de 2008
Gráfico 2	Mortalidade proporcional % segundo grupo de causas Raposos/Brasil/MG, dados preliminares de 2008.
Tabela 1	População do município de Raposos Minas Gerais em 2010
Tabela 2	Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária, segundo Grupo de Causas no município de Raposos - 2008
Tabela 3	Coefficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas
Tabela 4	Outros Indicadores de Mortalidade em Raposos
Quadro 1	Avaliação clínica: Achados no exame clínico indicativos de alto risco ou da necessidade de exames laboratoriais.
Quadro 2	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de ESF Matadouro
Quadro 3	Descritores do problema Alta mortalidade por doenças cardiovasculares ESF Matadouro 2014
Quadro 4	Desenho de operações para os “nós críticos” do problema alta mortalidade por doenças do aparelho circulatório
Quadro 5	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema alta mortalidade por doenças cardiovasculares
Quadro 6	Análise de viabilidade do plano de ação
Quadro 7	Plano Operativo
Quadro 8	Planilha para acompanhamento de projetos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b>Histórico de criação do município</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2</b>	<b>Descrição do município</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3</b>	<b>Descrição da Unidade Básica de Saúde</b> .....	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho cardiovascular (DCV) no Brasil há décadas têm sido responsáveis por um alto índice de mortalidade, sendo que no ano de 2002 ocorreram 267.496 mortes relacionadas a essas doenças o que representou 32% dos óbitos ocorridos nesse ano, além de impactar na morbidade das pessoas, principalmente dos adultos. Dentre as principais DAC, destacam-se a doença arterial coronária, as doenças cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006a; VILLELA; GOMES; MELÉNDEZ, 2014).

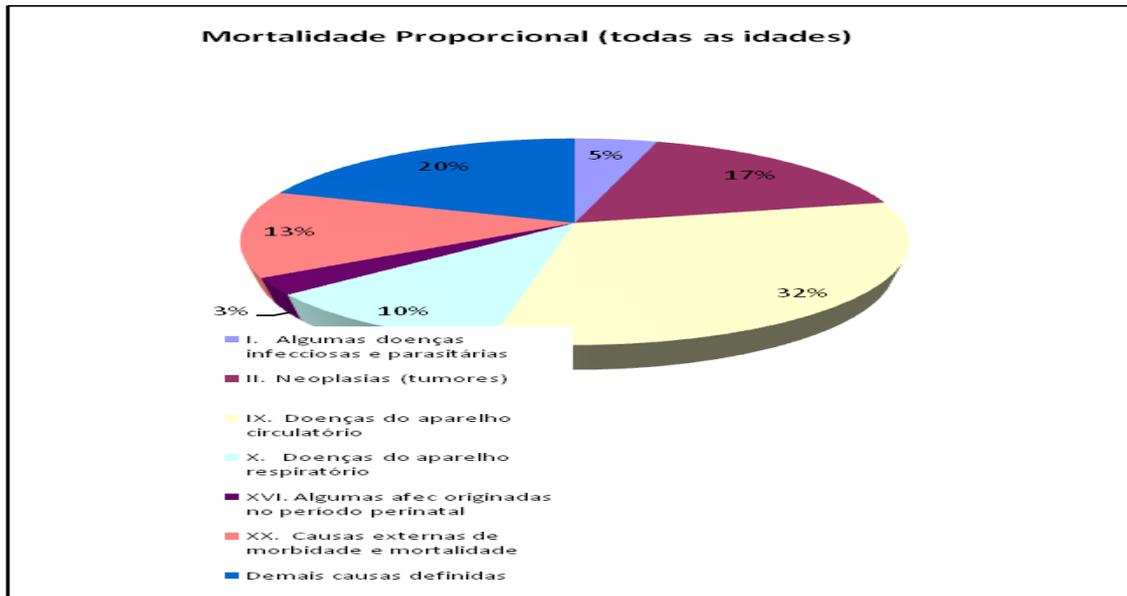
De acordo com dados publicados em 2006, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) respondeu por aproximadamente 25 % dos óbitos por doença arterial coronária, 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral, e associado ao diabetes *mellitus*, respondeu por 50% das situações de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006b).

Embora tenha havido esforços do governo e profissionais de saúde quanto a este problema de saúde pública, o resultado ainda é pouco evidenciado. Em 2008 a mortalidade por DCV representaram 31.8% dos óbitos em todas as idades, segundo dados disponíveis no Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009).

Por outro lado, em trabalho realizado por Villela, Gomes e Meléndez (2014, p.3134), os autores evidenciaram nas regiões brasileiras uma tendência decrescente da “mortalidade por doenças cardiovasculares, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares nas regiões, em ambos os sexos, com exceção das doenças isquêmicas no sexo feminino na região Centro-Oeste”. Nas regiões Sudeste e Sul notam-se tendências de decréscimos na taxa de mortalidade por DCV, o que pode indicar que as ações de enfrentamento estão ocorrendo com maior sucesso.

No Brasil, em 2008, a mortalidade por DCV proporcional foi de 32%, conforme pode-se ver no gráfico 1.

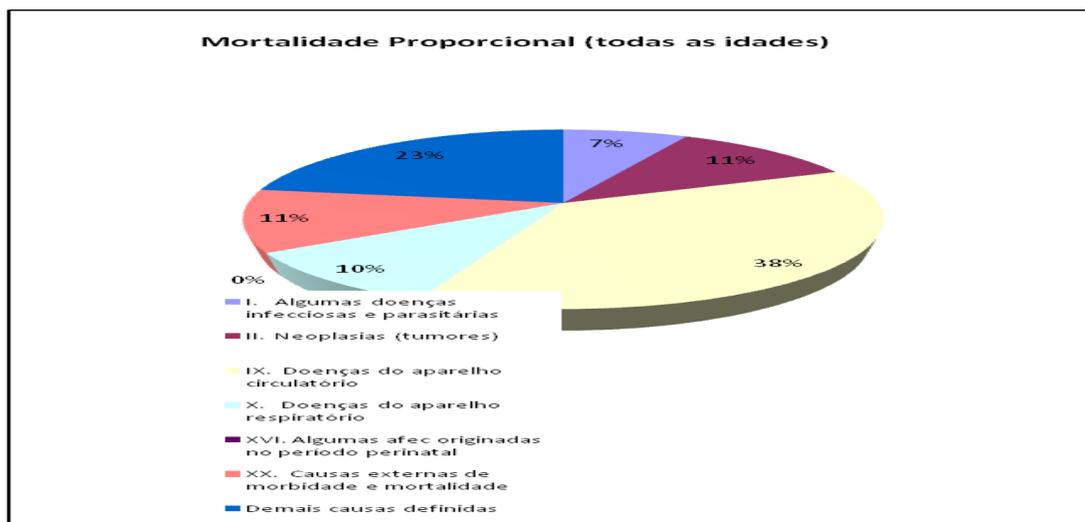
Gráfico 1 - Mortalidade proporcional % segundo grupo de causas no Brasil, dados preliminares de 2008.



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em dezembro de 2009. BRASIL (2009).

No município de Raposos, cenário desse estudo, a situação da mortalidade por DCV não é muito diferente da situação brasileira, em geral.

Gráfico 2 - Mortalidade proporcional % segundo grupo de causas Raposos/Brasil/MG, dados preliminares de 2008.



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em dezembro de 2009. BRASIL (2009).

Confrontando os dados nacionais sobre mortalidade proporcional de 32% das mortes totais no Brasil (Gráfico 1) com os do município de Raposos (Gráfico 2), pode-se afirmar que a situação em Raposos é mais grave, pois os óbitos em decorrência por DAC representam 37,5% da causa de mortalidade no mesmo.

Na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família João Batista de Barros, onde atuo, a primeira causa de morbidade da comunidade é a hipertensão arterial sistêmica e suas complicações como infarto agudo do miocárdico (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE). Essas informações decorrem da análise dos dados registrados na Ficha A que é o instrumento onde os Agentes Comunitários de saúde registram os dados que alimentam o sistema de informação da atenção básica.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo demográfico de 2010, mostrou que o município de Raposos apresenta uma população em constante crescimento tendo, naquele ano 15521 habitantes, em uma extensão territorial de 71850 km<sup>2</sup> para uma densidade 213,57 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

A comunidade conta com duas equipes de Saúde da família: a equipe de Matadouro com 4750 moradores e 2900 famílias e equipe de Morro das Bicas com 4567 moradores e 1201 famílias.

### **1.1 Histórico de criação do município**

A história da fundação do povoado dos Raposos tem seu início em princípios de 1690, quando a capitania de Minas Gerais ainda não existia. Arthur de Meneses, governador geral das Capitanias do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas, designou Pedro de Moraes Raposo para descobrir ouro e pedras preciosas nos sertões de Minas, região dos índios Cataguás (RAPOSOS, 2013).

Ele trouxe consigo muitos membros de sua família, vários amigos e todos aqueles que queriam “ficar rico” e não tinham medo do desconhecido ou dos índios. Entraram pela região de Sabarabuçu e seguindo o caminho de Paes Leme, acompanhando o leito do Rio Guaicuy, atual Rio das Velhas, encontraram o local

ideal para garimpar e faiscar ouro na confluência de um volumoso ribeirão, atual Ribeirão da Prata (RAPOSOS, 2013).

A terra era fértil e o ouro era encontrado em aluvião, então se fundou o Arraial dos Raposos, eles começaram a semear os gêneros de subsistência, aos poucos foi se colhendo milho, feijão, mandioca e cana-de-açúcar para produção de melão, rapadura, farinha de mandioca e cachaça (RAPOSOS, 2013).

Como era costume dos bandeirantes edificaram um templo, ergueu-se uma pequena ermida de pau-a-pique que foi consagrada como capela de Nossa Senhora da Conceição, no dia 8 de dezembro de 1690. Esta pequena capela foi se transformando e recebendo todo o estilo o Barroco e em 1724, por alvará de Dom João V, tornou-se assim 1ª Matriz de Minas Gerais, adornada com peças de ouro vindas de Portugal, móveis de cedro, obras de arte e altares no estilo barroco (RAPOSOS, 2013).

Em 27 de dezembro de 1948 o Arraial dos Raposos é elevado a categoria de município, denominado Raposos, desmembrando-se de Nova Lima em 1º de janeiro de 1949 (RAPOSOS, 2013).

Em 1800 com a redução de ouro de aluvião, começo o abandono do Arraial dos Raposos e em 1850 restavam apenas três famílias, os Gouvêas, os Torres e os Sabarenses, e a Matriz Nossa Senhora da Conceição estava em total abandono, o ouro dos altares foi raspado e muitas obras de arte das paredes se perderam (RAPOSOS, 2013).

Em 1 de maio de 1998, a empresa de extrativismo mineral, encerrou suas atividades na Mina de Raposos, fechando 300 postos de trabalho diretos e centenas de indiretos, desestabilizando a economia local que não se recuperou até hoje (RAPOSOS, 2013).

Raposos tornou-se uma cidade-dormitório devido a sua proximidade de Belo Horizonte e um local de descanso nos fins de semana para muitas famílias da capital que adotaram nossa cidade pela sua hospitalidade, tranquilidade e natureza exuberante (RAPOSOS, 2013).

## 1.2 Descrição do município

### Aspectos socioeconômicos

Com o encerramento da empresa de extrativismo mineral em 1998, o município de Raposos tornou-se um município com atividade centrada na mão de obra artesanal e o comércio e a Prefeitura são os principais empregadores.

O Produto Interno Bruto (PIB) do município em 2010 era de 39.421 e o PIB *per capita* de 2.753,00; o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,758 (IBGE, 2014).

A taxa de analfabetismo na população acima de 15 anos é de 5.37% sendo para a população masculina um 4.35% e para a população feminina 6.29%.(IBGE, 2014).

A imensa maioria da população que mora em Raposos está concentrada na região urbana conforme pode ser visto na tabela a seguir.

Tabela 1 - População do município de Raposos Minas Gerais em 2010.

Área	Número de habitantes
Área Urbana	14731
Área Rural	790
Total	15521

Fonte: IBGE, 2014.

Segundo dados do IBGE (2014), a população estimada do município em 2010 é constituída de 7395 habitantes do sexo masculino e 8126 do sexo feminino, sendo que a maior concentração de pessoas está nas idades entre 20 e 59 anos.

A imensa maioria dos habitantes que moram em Raposos alguma vez na sua vida foi usuária da assistência á saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

No município de Raposos, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) tem mostrado a evolução no desempenho educacional, além do excelente trabalho desenvolvido pelos gestores e professores nas escolas (IBGE, 2014).



	-	-	-	-	50,0	31,6	28,6	13,2	14,3
<b>Total</b>	-	-	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. BRASIL (2009).

Nota: Dados de 2008 são preliminares

**Tabela 3 - Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas**

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AIDS	-	7,0	-	-	7,0	7,0	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	13,7	-	-	13,6	54,6	-	-
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres)	-	-	27,3	-	-	13,4	-
Infarto agudo do miocárdio	28,0	14,0	7,0	34,9	34,9	27,9	19,5
Doenças cerebrovasculares	56,0	42,0	69,9	118,7	76,8	55,8	77,8
Diabetes <i>mellitus</i>	21,0	35,0	14,0	34,9	27,9	41,9	13,0
Acidentes de transporte	-	7,0	21,0	27,9	7,0	20,9	6,5
Agressões	-	14,0	-	7,0	34,9	14,0	25,9

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. BRASIL (2009).

**Tabela 4 - Outros Indicadores de Mortalidade em Raposos**

<b>Outros Indicadores de Mortalidade</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Total de óbitos	85	54	73	95	100	76	83
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,9	3,8	5,1	6,6	7,0	5,3	5,4
% óbitos por causas mal definidas	3,5	5,6	4,1	5,3	9,0	7,9	3,6
Total de óbitos infantis	4	2	3	4	4	1	-
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	1	-	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	4,7	3,7	4,1	4,2	4,0	1,3	-
% de óbitos infantis por causas mal definidas	-	-	-	25,0	-	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascido-vivos **	16,0	9,6	15,2	20,1	21,6	4,5	-

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

\*\*Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINAS

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. BRASIL (2009).

## **Recursos do município de Raposos**

O município conta com 15 escolas municipais, cinco estaduais, uma creche filantrópica, duas creches municipais, uma unidade da Associação de pais e Amigos Excepcionais (APAE), uma escola particular, uma igreja. Conta ainda com serviços de correios, uma agência de Banco, serviços de luz elétrica, água e telefonia.

### **1.3 Descrição da Unidade Básica de Saúde**

Minha unidade é a Unidade Básica de Saúde (UBS) João Batista de Barros e está situada na Rua Herval Silva nº 940 no Bairro Matadouro e atua na Equipe de Saúde da Família Matadouro.

Seu horário de funcionamento é de 08:00 às 17:00 horas. Trata-se de uma casa alugada que foi adaptada para ser uma unidade de saúde; sua área pode ser considerada inadequada considerando-se a demanda e a população coberta, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é muito pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento cria-se tumulto na unidade. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais da saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos tem que aguardar o atendimento em pé. A unidade está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

Tem seis ambientes: recepção, dois consultórios, cozinha, farmácia e banheiro. Conta com nove trabalhadores, um médico, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e seis agentes comunitários.

## 2 JUSTIFICATIVA

As DAC são doenças cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais da área da saúde, visto que seu tratamento exige a participação ativa do paciente, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais e assimilar outros que beneficiem sua condição de saúde.

Entre os problemas priorizados pela nossa equipe durante a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, encontra-se a alta mortalidade por doenças do aparelho cardiovascular com 37.5%. Para priorizar este problema não levei em conta apenas o número de casos, avaliei também sua importância e urgência como problema, considerando os dados citados na introdução.

Outro fator muito importante, levado em conta para priorizar o problema antes descrito, foi que a comunidade clamava por ajuda, ou seja, este era reconhecido como um problema para ela e por ela. Não era uma necessidade vista apenas pelos olhos da equipe. Em muitas visitas domiciliares, ouvi de muitas famílias comentários de como era difícil enfrentar a morte de um familiar e falavam da importância de prevenir e controlar adequadamente as doenças cardiovasculares, também ouvi de muitas pessoas queixas de internações frequentes por complicações das DAC.

O médico da Estratégia da Saúde Família, mediante sua participação na comunidade, tem um papel fundamental na identificação e controle do risco destes pacientes, o que garante um enfoque de tratamento individualizado que compense o mosaico demográfico, econômico, social e epidemiológico presente no Brasil.

Diante desta situação é primordial o estabelecimento de medidas eficazes para diminuir a prevalência de DAC e garantir um melhor controle do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A intervenção comunitária vai contribuir a melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mediante o adequado acompanhamento dos pacientes portadores de

DAC, o que minimiza o risco de complicações e internações hospitalares não necessárias.

Para o município o controle dos pacientes com DAC diminui os custos do SUS, permitindo um ótimo aproveitamento dos recursos.

No campo científico facilita a criação de estratégias oportunas, baseadas nas características da comunidade, o que garante a efetividade e extrapolação ao demais PSF do município, melhorando a qualidade do atendimento médico (BRASIL, 2011a).

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a redução do número de mortes por doenças do aparelho cardiovascular na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Matadouro no município de Raposos, Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi realizada uma revisão narrativa da literatura em busca de informações e dados correspondentes ao tema abordado. Foi feita uma seleção dos melhores artigos, os quais foram analisados e usados como referências no estudo.

A busca bibliográfica foi desenvolvida tendo em conta os seguintes descritores:

Doenças cardiovasculares;

Fatores de risco;

Prevenção e controle das doenças cardiovasculares.

Qualidade de vida.

Foram incluídos textos disponíveis nos idiomas espanhol, português ou inglês, publicados em *sítes* eletrônicos confiáveis. A informação foi apresentada em textos e quadros, usando as normas da ABNT 2015.

Com a aplicação da metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) foi elaborada uma Proposta de Intervenção educativa para o enfrentamento e resolução do principal problema do setor (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os passos seguidos na elaboração do Plano de Ação são:

- Definição do problema
- Priorização dos problemas
- Descrição do problema
- Explicação dos problemas
- Seleção dos nós críticos
- Proposta de operações para a resolução dos nós críticos
- Identificação dos recursos críticos
- Análise da viabilidade do plano
- Elaboração do plano operativo

- Gestão do plano

Durante a realização do projeto os participantes foram comunicados sobre os objetivos do mesmo. Caso de uso de imagens para a exposição do trabalho, o paciente deverá assinar um documento escrito dando seu consentimento. Sempre serão respeitados os princípios éticos de: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nos últimos dois séculos, a revolução tecnológica e industrial, com suas conseqüências econômicas e sociais, vem provocando uma mudança significativa do “perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares” (BRASIL, 2006a, p.8).

Ressalta-se que a doença cardiovascular atualmente representa no Brasil a maior causa de mortes, sendo que entre os pacientes submetidos à hemodiálise, 62,1% tem o diagnóstico primário de diabetes *mellitus* e ou hipertensão arterial. A expectativa é de essas taxas cresçam nos próximos anos, considerando além do crescimento da população idosa “a persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo” (BRASIL, 2006a, p.8).

Estratégias e ações como medidas antitabagistas, políticas de alimentação e nutrição adequadas, educação em saúde nas escolas, têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde para reduzir os danos provocados pelas doenças cardiovasculares, garantindo medicamentos para o controle da hipertensão e do diabetes na rede de atenção básica à saúde. Outra estratégia importante que vem sendo trabalhada é a capacitação de profissionais da área (BRASIL, 2006a).

As doenças do aparelho circulatório compreendem um espectro amplo de síndromes clínicas, mas têm nas doenças relacionadas à aterosclerose a sua principal contribuição, manifesta 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, 2006a, p.10).

Para Tortora e Derrickson (2013), a doença arterial coronariana é uma doença multifatorial e é um problema sério de saúde, pois afeta a cada ano 7 milhões de pessoas. A doença arterial coronariana é definida como resultado do acúmulo de placas ateroscleróticas nas artérias coronárias, implicando na redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio. Induz-nos a uma abordagem global dos fatores de risco com vista à redução de eventos coronariano

Segundo Aquino *et al.* (2001), a doença arterial coronária, corresponde a 80% das mortalidades entre as doenças cardiovasculares, tratando-se um problema devido a sua alta incidência principalmente nos centros urbanos e indivíduos com idade mais elevadas.

A principal complicação da doença arterial coronária é o Infarto Agudo do Miocárdio, é caracterizada como resultado final da isquemia prolongada e não aliviada, devido à interrupção total do fluxo sanguíneo ao miocárdio. Essa interrupção se dá pela complicação de uma placa de ateroma decorrente de um trombo, no qual levou o estreitamento da luz da artéria coronária (BUENO; UMEDA; MILHOMEN, 2005).

Um evento coronariano agudo é a primeira manifestação da doença aterosclerótica em pelo menos metade dos indivíduos que apresentam essa complicação. Desta forma, a identificação dos indivíduos assintomáticos que estão mais predispostos é crucial para a prevenção efetiva com a correta definição das metas terapêuticas. A estimativa do risco de doença aterosclerótica resulta do somatório do risco causado por cada um dos fatores de risco mais a potenciação causada por sinergismos entre alguns desses fatores (SPÓSITO *et al.*, 2007, p.7).

Segundo Smeltzer e Bare (2006), o acidente vascular cerebral é a doença cérebro vascular que é dividida em duas categorias principais: isquêmicos (85%) que também pode ser atualmente denominado de Derrame Cerebral que é a perda súbita da função em consequência da ausência do suprimento sanguíneo para uma região do cérebro e o Hemorrágico(15%), onde ocorre o extravasamento de sangue para dentro do cérebro.

“Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja hipertensão, diabetes ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular, cérebro vascular e renal global” (BRASIL, 2006a, p.14).

Não se deve determinar a intensidade das intervenções preventivas considerando apenas um determinado fator de risco, mas sim considerando o grau de risco cardiovascular estimado para cada pessoa. Na visão preventiva, “quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva” (BRASIL, 2006a, p.14).

A classificação de risco cardiovascular, geralmente contempla 3 níveis de risco: baixo, moderado e alto. A estratificação de risco envolve a avaliação clínica e a avaliação clínico-laboratorial, podendo ser repetida a cada 3 a 5 anos ou quando eventos clínicos apontarem a sua necessidade. A seguir, apresenta-se o quadro 1 com indicadores de risco (BRASIL, 2006a).

Quadro 1 - Avaliação clínica: Achados no exame clínico indicativos de alto risco ou da necessidade de exames laboratoriais.

<b>Indicadores de alto risco</b>
Infarto do miocárdico prévio
Acidente vascular cerebral
Doença aneurismática de aorta
Doença vascular periférica
Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica
Angina de peito
Doença renal crônica
<b>Indicadores intermediários de risco</b>
Idade >45 anos homens, >55 anos mulheres
Manifestações de aterosclerose
Historia familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1 grau ocorrido antes dos 50 anos
Diagnóstico prévio de diabetes <i>mellitus</i>
Diagnóstico prévio de dislipidemia
Diagnóstico prévio de síndrome de ovário policístico
Tabagismo
Obesidade
Hipertensão arterial >140/90mmHg
Historia de doença renal na família
<b>Indicadores de baixo risco</b>
Historia familiar de doença arterial coronária prematura (familiar 1 grau sexo masculino <55 e feminino <65 anos)
Homem >45 anos e mulher >55 anos
Tabagismo
Hipercolesterolemia
Hipertensão arterial sistêmica
Diabete Melito
Obesidade (IMC >30 KG/M)
Gordura abdominal
Sedentarismo

Dieta pobre em frutas e vegetais
----------------------------------

Estresse psicossocial
-----------------------

Uma de cada 5 mortes por doenças cardiovasculares é decorrente do tabagismo, sendo o mesmo, considerado um elevado fator de risco cardiovascular, causando mais de um terço de todos os óbitos por infarto do miocárdico, caracterizado como um fator que predispõe a ocorrência da aterosclerose (CHAVAGLIA; SILVA, 2010).

O alcoolismo é definido como uma doença crônica e de complexa natureza na qual, o indivíduo consome álcool sem limites, tornando-se progressivamente dependente e tolerante aos efeitos tóxicos. De acordo com a literatura o consumo moderado de álcool reduz o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, no entanto, seu consumo abusivo traz imensuráveis conseqüências negativas para a saúde e altos custos para o sistema de saúde (CHAVAGLIA; SILVA, 2010).

Um dos pilares da prevenção das doenças do aparelho circulatório são hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação saudável, cujas diretrizes são estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição e pela Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006a):

- Orientações para uma dieta saudável:
- Restringir o sal a menos de 5 gramas (1 colher de chá) por dia
- Limitar a ingestão de açúcar livre, açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral.
- Comer 5 porções de legumes e verduras por dia.
- Aumentar o consumo de cereais integrais e leguminosas.
- Reduzir o consumo de gorduras de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais. Preferir óleos vegetais como soja, canola, oliva, 1 colher de sopa por dia.
- Retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo.
- Incentivar o consumo de peixes, comer pelo menos 3 vezes por semana.
- Evitar a ingestão excessiva de álcool. Homens: não mais de 2 doses por dia e mulheres: não mais que 1 dose por dia.

A atividade física regular é uma prática que promove a proteção para as doenças cardiovasculares, sendo recomendada como ferramenta de promoção à saúde e prevenção de agravos. Deve-se levar em conta parâmetros de frequência, duração, intensidade e maneira como é realizada e as condições de saúde da pessoa. A atividade física deve ser realizada pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. Realizando-se desta forma, obtêm-se os benefícios desejados à saúde e à prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com a redução do risco de eventos cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006a; MINAS GERAIS, 2013).

Estas ações estão em ressonância com o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011b), em relação à promoção da saúde, recomenda as principais ações: atividade física, alimentação saudável, prevenção e cessação do tabagismo, prevenção e redução do uso do álcool e promoção do envelhecimento ativo.

Portanto, “abordagem integral das DCNT, inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado” (BRASIL, 2011b, p.57).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Após a leitura e sistematização de alguns conhecimentos básicos sobre a problemática alta mortalidade por doenças cardiovasculares, elaborei uma proposta de intervenção que acredito vai ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho no dia a dia.

### **Definição de problemas**

Para a identificação e priorização dos principais problemas da área de abrangência da equipe de saúde da família de Matadouro, a equipe utilizou como ferramenta fundamental o método de estimativa rápida já que contamos com pouco tempo e poucos recursos. Em seguida mostramos os principais problemas encontrados em nossa área de abrangência, mas queremos ressaltar o importante papel que a comunidade teve, participando de maneira ativa na discussão.

Principais problemas identificados:

- Alta mortalidade por doenças de aparelho circulatório.
- Alta incidência de pacientes diabéticos e hipertensos.
- Alta incidência de alcoólatras.
- Alta incidência de drogadictos.

Podemos citar também: demora no agendamento de consultas especializadas, demora na realização de exames complementares e espaço físico de trabalho inadequado. Todos os problemas antes mencionados foram identificados conjuntamente com a comunidade. Considero que ainda existem outros problemas por mencionar, os quais precisam de uma análise mais complexa por parte de nossa equipe de saúde, assim como outros problemas que não foram mencionados uma vez que não temos os recursos para sua solução e além de isso não conhecemos as

causas fundamentais deles.

### Priorização dos problemas

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de ESF Matadouro.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta mortalidade por doenças de aparelho circulatório	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de diabéticos e hipertensos	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de alcoólatras	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência de drogadictos	Alta	5	Parcial	3

De todos os problemas antes mencionados outorgamos em ordem de prioridade os seguintes problemas:

1. Alta mortalidade por doenças de aparelho circulatório.
2. Alta incidência de diabéticos e hipertensos.
3. Alta incidência de alcoólatras
4. Alta incidência de drogadictos

Uma vez discutidos os seguintes problemas decidimos priorizar o problema número 1: Alta mortalidade por doenças de aparelho circulatórias, já que realmente existe um número importante de mortes na área por doenças do sistema cardiovascular. Entre elas as causas mais importantes são infarto do miocárdio cardíaco (IAM) e as doenças cerebrovasculares (MANSUR; FAVARATO, 2012).

### Descrição e explicação do problema selecionado

Quadro 3 - Descritores do problema Alta mortalidade por doenças cardiovasculares ESF Matadouro 2014

Descritores	Valores	Fontes
Portadores de doenças cardiovasculares	259	Registros da equipe
Sedentários	200	Registros da equipe
Obesidade	128	Registros da equipe
Portadores de dislipidemia	84	Registros da equipe
Tabagistas	165	Registros da equipe

Internações por doenças de aparelho circulatório	76	Registros da equipe
Óbitos por doenças cardiovasculares	89	Registros da equipe

Na comunidade de Matadouro tem uma alta prevalência de pacientes com DAC. Existem 259 pacientes cadastrados de acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), mas tendo em conta as pesquisas realizadas pelos ACS e o número de atendimento de pacientes na unidade com DAC, existe um grande sub-registro.

A maioria dos pacientes não faz o tratamento corretamente; a presença de comorbidade é alta, encontrando-se um número elevado de pacientes com fatores de risco para o surgimento de DAC. É por isso que resulta primordial o controle adequado dos pacientes de acordo com o risco individual.

Este fato se relaciona fundamentalmente com as características alimentares e culturais da região. Existe um número notável de pacientes, cujas práticas religiosas favorecem o abandono do tratamento, dado que os pacientes acham que "Deus vai interceder por eles e não precisam mais dos remédios". A maioria da população tem uma alimentação inadequada, com elevado consumo de sal e bebidas alcoólicas. Predomina o sedentarismo, e a obesidade é comum. Outro fator que contribui é a baixa escolaridade e nível cultural dos pacientes, que não conhecem as características fundamentais da doença e como agir diante de suas alterações.

No nível pragmático existem alguns fatores que contribuem para o aumento e descontrole do número de pacientes, como são: as dificuldades com a estrutura da UBS (em especial a falta de um local para a realização de atividade física), o baixo número de consultas de demanda espontânea, e a dificuldade para a realização de exames complementares necessários para o controle e diagnóstico precoce de complicações.

### **Seleção dos “nos críticos”**

A Equipe de Saúde da Família Matadouro selecionou como “nos críticos” as situações enumeradas a seguir, sobre os quais a equipe tem alguma possibilidade de ação para impactar sobre o problema escolhido.

- Hábitos e estilos de vida não saudáveis;
- Nível de informação insatisfatório;
- Estrutura dos serviços de saúde inadequada;
- Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema.

### **Desenho das operações**

O desenho das operações para os “nós críticos” do problema alta mortalidade por doenças do aparelho circulatório pode ser visto no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema alta mortalidade por doenças do aparelho circulatório

<b>Nós críticos</b>	<b>Operações</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos e estilos de vida não saudáveis	<b>+Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Práticas esportivas e de alimentação saudáveis. Diminuir o consumo de gorduras e álcool. Diminuir o hábito de fumar.	Programa merenda saudável  Campanha educativa na sala de espera.  Programa caminhada orientada, Zumba e Aulas de ginástica	Organizacional: para caminhadas, zumba e aulas de ginástica. Cognitivo: estratégias de informação. Político e financeiros: Mobilização social e articulação intersetorial com a Secretaria de Saúde e o NASF. Aquisição de recursos para folhetos, material audiovisual, etc.
Nível de informação insatisfatório	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as doenças cardiovasculares e suas complicações	População mais informada sobre as doenças cardiovasculares e possíveis complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre as doenças cardiovasculares. Campanha educativa na sala de espera e mediante grupos operativos. Capacitação da equipe sobre as doenças cardiovasculares.	Cognitivo: mais conhecimentos sobre o tema. Organizacional: melhor organização na agenda de trabalho. Político e financeiros: mobilização social. Estrutura física para realização dos grupos.
Estrutura dos serviços de saúde inadequada	<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura dos serviços	Adequação da oferta de consultas à demanda, exames e medicamentos, considerando a meta de 80% de cobertura.	Equipamento da rede Contratação de compras de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos.	Político: mais decisão de recursos para estruturas ou serviços. Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas especializadas. Cognitivo: elaboração adequada
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema	<b>Linhas de cuidado</b> Implantar a linha de cuidados para população com risco para doenças cardiovasculares, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 80% da população com risco para doenças cardiovasculares.	Linha de cuidado para população com risco para doenças cardiovasculares.  Capacitação de recursos humanos.	Cognitivo: mais elaboração de projetos da linha de cuidado e protocolos. Político: mais articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional: mais adequação de fluxos (referências e contrarreferências ) Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

## Identificação dos recursos críticos

Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema alta mortalidade por doenças cardiovasculares

<b>Operações</b>	<b>Recursos</b>
<b>+ Saúde</b>	Organizacional: para caminhadas, zumba e aulas de ginástica.  Cognitivo: estratégias de informação.  Político e financeiros: mobilização social e articulação intersetorial com a Secretaria de Saúde e o NASF.  Aquisição de recursos para folhetos e material audiovisual.
<b>Saber +</b>	Cognitivo: mais conhecimentos sobre o tema.  Organizacional: mais organização na agenda de trabalho.  Político e financeiros: mobilização social.  Estrutura física para realização dos grupos.
<b>Cuidar Melhor</b>	Político: mais decisão de recursos para estruturas ou serviços.  Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas especializadas.  Cognitivo: elaboração adequada
<b>Linha de Cuidado</b>	Cognitivo: mais elaboração de projetos da linha de cuidado e protocolos.  Político: mais articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.  Organizacional: mais adequação de fluxos (referências e contra-referenciais).  Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

## Análise de viabilidade do plano

O quadro 6 apresenta a análise de viabilidade do plano de ação, incluindo as operações, recursos críticos, controle dos recursos e ações estratégicas.

Quadro 6 - Análise de viabilidade do plano de ação

Operações	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos de vida	Organizacional: para caminhadas, zumba e aulas de ginástica. Cognitivo: estratégias de informação. Político e financeiros: mobilização social e articulação intersetorial com a Secretaria de Saúde e o NASF. Aquisição de recursos para folhetos e material audiovisual.	Secretaria de Saúde.  Setor de Comunicação Social	Favorável	Promover educação e promoção de saúde por meio de Programa merenda saudável, Campanha educativa na sala de espera, Programa de caminhada, zumba e aulas de ginástica
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as cardiovasculares e suas complicações.	Cognitivo: Mais conhecimentos sobre o tema. Organizacional: Mais organização na agenda de trabalho. Político e financeiros: mobilização social. Estrutura física para realização dos grupos.	Secretaria de educação  Secretaria de saúde	Favorável	Promover educação e promoção de saúde por meio de grupos operativos. Distribuir cartilhas e panfletos na sala de espera e visitas domiciliares das ACS.
<b>Cuidar melhor</b> Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político: mais decisão de recursos para estruturas ou serviços. Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas especializadas. Cognitivo: elaboração adequada.	Prefeitura Secretário de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	Apresentar projetos
<b>Linha de cuidados</b> Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Organizacional: mais adequação de fluxos (referências e contrarreferências). Político: mais articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)	Secretaria Municipal de saúde Prefeitura Fundo Nacional de Saúde	Favorável	Apresentar projetos

## Elaboração do plano operativo

Quadro 7 - Plano Operativo

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Práticas esportivas e alimentação saudável. Diminuir o consumo de gorduras e álcool. Diminuir o habito de fumar.	Programa merenda saudável. Campanha educativa na sala de espera. Programa: caminhada orientada, zumba e aulas de ginástica.	Médica da ESF: Dra Yunia Chaviano juntamente com os demais membros da equipe de saúde	Dois meses para o início das atividades
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as doenças cardiovasculares e suas complicações.	População mais informada sobre as doenças cardiovasculares e suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre as doenças cardiovasculares. Campanha educativa na sala de espera e mediante grupos operativos. Capacitação da equipe sobre as doenças cardiovasculares.	Médica da ESF: Dra Yunia Chaviano  Programa atrasado	Início em três meses e término em 12 meses
<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura dos serviços	Adequação da oferta de consultas às demandas, exames e medicamentos considerando a meta de 80% de cobertura.	Projeto para equipamento da rede, contratação de compras de exame e consultas especializadas e compra de medicamentos.	Coordenador de ABS. Prefeitura municipal	Três meses para apresentação do projeto, 6 meses para aprovação dos recursos e 3 meses para compra dos equipamentos; início em três - seis meses.
<b>Linhas de cuidado</b> Implantar a linha de cuidados para população com risco para cardiovasculares, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 80% da população com risco para doenças cardiovasculares.	Linha de cuidado para população com risco para doenças cardiovasculares. Capacitação de recursos humanos.	Dra Yunia Chaviano juntamente com os demais membros da equipe de saúde.	Início em três meses e finaliza em 1 ano.

### Gestão do plano

Quadro 8 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<b>+ Saúde</b>	Programa merenda saudável	Yunia Chaviano juntamente com os demais membros da equipe de saúde	3 meses	Programa implantado		
	Campanha educativa na sala de espera.	Yunia Chaviano juntamente com os demais membros da equipe de saúde	3 meses	Programa implantado		
	Programa caminhada orientada, zumba e aulas de ginástica.	. Yunia Chaviano juntamente com os demais membros da equipe de saúde	3 meses	Programa implantado em todas as micro áreas com resultados ótimos.		
<b>Saber +</b>	Avaliação do nível de informação da população sobre as doenças cardiovasculares.	Yunia Chaviano juntamente com os demais membros da equipe de saúde	4 meses	Programa implantado		
	Campanha educativa na sala de espera e mediante os grupos operativos	Yunia Chaviano juntamente com os demais membros da equipe de saúde	3 meses	Programa implantado		
	Capacitação da equipe sobre as doenças cardiovasculares.	Yunia Chaviano	3 meses	Programa implantado		
<b>Cuidar melhor</b>	Projeto para equipamento da rede.	Coordenador de ABS. Prefeitura municipal	1 ano	Programa atrasado	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde, (aguardando aprovação)	3 meses
	Contratação de compras de exame e consultas especializadas e compra de medicamentos.	Coordenador de ABS. Prefeitura municipal	1 ano	Programa implantado		
<b>Linhas de cuidado</b>	Linha de cuidado para população com risco para doenças cardiovasculares.	Coordenador de ABS.	12 meses	Programa atrasado	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde	3 meses
	Capacitação de recursos humanos.	Coordenador de ABS.	3 meses	Programa Implantado		

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças do aparelho circulatório apresentam elevado índice de prevalência e de mortalidade, tanto no contexto nacional quanto no mundial. Seu diagnóstico pode se tornar um problema em virtude da ausência de sintomas em alguns dos pacientes, e devido a sua origem multicausalidade. É por isso que as ações preventivas têm um papel fundamental para alcançar o controle da mesma.

A prevenção primária e a detecção precoce de pacientes com fatores de risco são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias nas campanhas de saúde pública.

O trabalho direto na comunidade tem sido historicamente um dos melhores procedimentos para ter grandes avanços. A implementação de medidas de prevenção é um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde e o plano de intervenção pode mostrar resultados muito positivos.

A resposta dos sistemas e serviços de saúde é em muitas realidades insuficiente e inapropriada para enfrentar o desafio das doenças cardiovasculares. Segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde conspiram contra a universalidade e a equidade, e impedem ou limitam seriamente o funcionamento em rede, afetando a efetividade desses sistemas.

Financiamento insuficiente, não equitativo e ineficientemente executado, recursos humanos sem as competências necessárias, carentes de motivação e mal distribuídos na rede de serviços e uso mal regulado dos medicamentos e tecnologias, são exemplos da inadequada resposta dos gestores aos problemas de saúde, o que influi negativamente no controle das DAC.

Espero com este trabalho reduzir o número de mortes por doenças do aparelho circulatório no município Raposos, utilizando um plano de intervenção descrito anteriormente em nosso trabalho o qual tenta modificar hábitos e estilos de vida. Espera-se informar a população sobre os fatores de riscos para o surgimento de DAC para que assim eles cuidem mais de sua saúde incentivando o autocuidado. Melhorar os serviços de saúde para oferecer uma atenção cuidadosa para nossos pacientes, modificando o processo de trabalho da equipe de saúde com o objetivo

de cuidar mais da saúde da população de Raposos.

Enfim, a expectativa é diminuir a morbidade e as complicações por doenças do aparelho circulatório.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. M. L. L. et al.. Hipertensão Arterial em trabalhadoras de enfermagem: padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.3, p.197-202, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Cadernos de Atenção Básica nº 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Informação em saúde: mortalidade, 2009**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/indice.htm>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da saúde, 2011b. 148p. Disponível em: <[http://www.sbn.org.br/noticias/acoes\\_estrategicas.pdf](http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf)>

BUENO, A. K. M.; UMEDA, I. I. K.; MILHOMEN, R. S. Fisioterapia na reabilitação de paciente com coronariopatia. In: UMEDA, I. I. K.. **Manual de Fisioterapia na Reabilitação Cardiovascular**. Barueri: Manole, 2005, p.41-68.

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

CHAVAGLIA, A. F.; SILVA, C. A. da. **Análise dos Fatores de Risco Cardiovascular na Hipertensão Arterial Sistêmica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Universidade da Amazônia - UNAMA. Belém - PA, 2010. p.78. Disponível em: <<http://www.unama.br/graduacao/fisioterapia/pdf/2010.2/ANALISE-FATORES-RISCO-CARDIOVASCULAR-HIPERTENSAO.pdf>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=315390>>.

MANSUR, A. de P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**. 2012; [online].ahead print, PP.0-0 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica**. 3 ed (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia\\_de\\_hipertensao.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf)

RAPOSOS. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde de Raposos Gestão 2013-2016**,2013.Texto impresso.

SANTOS, E. M. et al. Promoção da saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*: relato de uma prática assistencial de enfermagem. **Rev. Saúde Públ.**, v. 4, n. 1, p.84-94, 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica .10 ed .Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

SPÓSITO, A. C. et al. **IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 88, suplemento I, 2007.

TORTORA, G. J.; DERRIKSON, B. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 12ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2013. 653p

VILLELA, L. de C. M.; GOMES, F. E.; MELÉNDEZ, J. G. V. Tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares, isquêmicas do coração e cerebrovasculares. **Rev enferm UFPE (on line)**., v.8, n.9, p.3134-41, 2014.