

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MATHEUS BRUNO CURSINO RODRIGUES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR RISCO DE DOENÇA  
CARDIOVASCULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA  
COMUNIDADE BERNARDO VALADARES, SETE LAGOAS, MINAS  
GERAIS**

**BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS**

**2018**

**MATHEUS BRUNO CURSINO RODRIGUES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR RISCO DE DOENÇA  
CARDIOVASCULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA  
COMUNIDADE BERNARDO VALADARES, SETE LAGOAS, MINAS  
GERAIS**

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

Orientadora: Professora: Eliana Aparecida Villa

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2018**

**MATHEUS BRUNO CURSINO RODRIGUES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR RISCO DE DOENÇA  
CARDIOVASCULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA  
COMUNIDADE BERNARDO VALADARES, SETE LAGOAS, MG.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – orientadora - UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de maio de 2018.

## DEDICATÓRIA

À minha família.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela vida.

A minha família, pelo apoio.

A minha orientadora Eliana Aparecida Villa e todos os professores e orientadores do curso de especialização em Saúde da Família, pela paciência.

A ESF Bernardo Valadares pela acolhida.

“A alegria evita mil males e prolonga a vida”  
(William Shakespeare)

## RESUMO

O estilo de vida associado a morbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, obesidade e dislipidemia aumenta o risco cardiovascular de uma população, levando a consequências trágicas para sua saúde como Acidente Vascular Encefálico, Infarto do Miocárdio entre outras morbimortalidades. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção que visa diminuir o alto risco cardiovascular entre os pacientes da comunidade da Estratégia Saúde da Família Bernardo Valadares em Sete Lagoas, Minas Gerais. Tal proposta justifica-se pela importância de organizar e implementar ações para diminuição do risco cardiovascular da comunidade mencionada. A metodologia utilizada foi baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional, executando-se o diagnóstico situacional, a elaboração do plano de intervenção e acompanhamento das ações na área de abrangência. Foi também realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema visando dar sustentação teórica ao estudo. Para a realização do plano, serão colocados em execução projetos que visem: aumentar o nível de informação e conscientização da população quanto ao risco cardiovascular e suas implicações; ampliar e melhorar o acesso da comunidade aos projetos e espaços públicos onde possam realizar atividades físicas regulares e levar ao conhecimento das autoridades situações de risco pelas quais sofrem a população e cobrar medidas de melhorias locais. Com a realização deste projeto espera-se obter como resultados, a diminuição do risco cardiovascular dos moradores da área, reduzindo sua morbimortalidade além de alcançar melhorias sociais que possibilitem maior oferta em emprego, combate e às drogas e à violência.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Risco

## ABSTRACT

The lifestyle associated with morbidities such as Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, obesity and dyslipidemia increases the cardiovascular risk of a population, leading to tragic consequences for their health such as Stroke, Myocardial Infarction among other morbimortalities. The objective of this study was to elaborate an intervention plan that aims to reduce the high cardiovascular risk among patients of the ESF Bernardo Valadares community in Sete Lagoas, MG. This proposal is justified by the importance of organizing and implementing actions to reduce cardiovascular risk in the mentioned community. The methodology used is based on the Situational Strategic Planning method, with the situational diagnosis, the preparation of the intervention plan and follow-up of actions in the area of coverage. A bibliographic review on the subject was also carried out aiming to give theoretical support to the study. In order to carry out the plan, projects will be implemented in order to (1) increase the level of information and awareness of the population regarding cardiovascular risk and its implications, (2) expand and improve community access to projects and public spaces where they can carry out regular physical activities and (3) to bring to the attention of the authorities risk situations for which the population suffers and to collect improvement measures. With the accomplishment of this project it is hoped to obtain as results, the reduction of the cardiovascular risk of the inhabitants of the area, reducing their morbimortality besides reaching social improvements that aim at more supply in employment, combat and drugs and violence.

**Keywords:** Family Health Strategy. Primary Health Care. Risk.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCV	Risco Cardiovascular
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Bernardo Valadares, , município de Sete Lagoas, MG, 2017.	15
Quadro 2: Número de pacientes com riscos cardiovasculares aumentados na Comunidade da Unidade de Saúde Bernardo Valadares, cidade de Sete Lagoas, MG.	23
Quadro 3: Desenho das operações para o nó crítico 1 do problema “Risco cardiovascular Aumentado na Unidade de Saúde Bernardo Valadares, Sete Lagoas, MG, 2017.	24
Quadro 4: Desenho das operações para o nó crítico 2 do problema “Risco cardiovascular Aumentado na Unidade de Saúde Bernardo Valadares, Sete Lagoas, MG, 2017.	26
Quadro 5: Desenho das operações para o nó crítico 3 do problema “Risco cardiovascular Aumentado na Unidade de Saúde Bernardo Valadares, Sete Lagoas, MG, 2017	26

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Breves informações sobre o município Sete Lagoas	
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família Bernardo Valadares, seu território e sua população	13
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	16
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	18
<b>3 OBJETIVOS</b>	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4 METODOLOGIA</b>	20
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	21
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	26
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	26
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	30
<b>REFERÊNCIAS</b>	33

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre o município**

Sete Lagoas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e é um polo industrial de grande reconhecimento, localizado acerca de 72 quilômetros de Belo Horizonte. No censo de 2010, Sete Lagoas tinha uma população de 214.152 habitantes, com estimativa para 2017 de 236.228 , segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Em sua economia, o município conta com diversas empresas e indústrias, que estão concentradas na extração de calcário, mármore, ardósia, argila, areia e na produção de ferro-gusa (65% da produção total em Minas). Fábricas de peças automotivas e linhas de montagem de caminhões e veículos de defesa também se fazem presentes. A cidade possui um total de 23 empresas siderúrgicas. A atividade industrial começou a sofrer com a Grande Recessão, com mais de 3 mil pessoas perdendo os empregos, 60% das guseiras paradas e a mais tradicional destas, a Siderúrgica Noroeste, fechando a fábrica após 58 anos no ramo (SETE LAGOAS, 2017).

Sete Lagoas também sedia um shopping center com cerca de 140 operações, sendo quatro âncoras, seis megalojas, um cinema com quatro salas (uma em 3D), uma praça de alimentação para 540 lugares e estacionamento para 1.300 carros. O município desponta como um grande polo comercial e industrial, aumentando gradativamente sua importância no crescimento do Estado de Minas Gerais (SETE LAGOAS, 2017).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

O sistema de saúde de Sete Lagoas comporta o Hospital Municipal Monsenhor Flávio Damato para onde os casos com indicação de internação são enviados e podem ou não ser transferidos para a capital, Belo Horizonte; duas emergências abertas, a Unidade de Pronto Atendimento Norte-Sul (UPA) e Pronto Atendimento Caio Lúcio de Oliveira Silva Filho; além da atenção primária realizada nas Estratégias Saúde da Família (ESF) e seus sistemas de apoio (SETE LAGOAS, 2017).

## **1.2 A Equipe de Saúde da Família Bernardo Valadares, seu território e sua população**

A comunidade Bernardo Valadares é composta por 3.000 habitantes. Trata-se de uma população bastante heterogênea entre jovens adultos e crianças. A comunidade é localizada na periferia da cidade, porém conta com farmácia, supermercado, comércios diversos, ruas asfaltadas, redes de energia elétrica e esgotamento sanitário. Aos domingos, os moradores podem passear na feirinha local, onde há venda de comidas diversas, artesanatos e outros artigos.

No mesmo local onde ocorre a feirinha existe uma praça central, onde acontecem encontros diários pela manhã e a noite do programa Mexa-se, que leva atividade física orientada por educadores físicos aos bairros da cidade. O bairro tem uma igreja católica (Igreja São Paulo Apóstolo) e uma evangélica (Assembleia de Deus). Em relação à educação, a região conta com duas escolas, sendo a Escola Municipal Dalva Ferreira Diniz (até nono ano) e a Escola Estadual Bernardo Valadares (ensino médio).

Um dos problemas enfrentados pela população de Sete Lagoas é o desemprego, que afeta também toda a cidade, nesses tempos de crise política e econômica. Um outro problema importante é o tráfico de drogas, assim como dependência de drogas por parte de muitos moradores, em geral jovens masculinos. É crescente o número de episódios de gravidez na adolescência. Também é grande o número de moradores que enfrentam a Hipertensão, Dislipidemia e também Diabetes.

## **1.3 A Equipe de Saúde da Família da comunidade Bernardo Valadares, seu território e sua população**

A Unidade de Saúde funciona em uma casa alugada e adaptada para esta função, apresentando uma recepção pequena, porém com uma varanda para que os usuários possam aguardar senados as consultas ou acolhimento. Tem uma sala para a técnica de enfermagem onde são feitas medidas de Pressão Arterial e Glicemia além de pequenos procedimentos. A sala da enfermeira é grande, contém um banheiro, proporcionando mais conforto para as pacientes que realizam a

prevenção do câncer do colo de útero. A sala do médico é ampla, com pias e material necessário para consulta. Existe um banheiro pequeno e, também uma cozinha com uma mesa grande que seria a sala das Agentes Comunitárias, ali também se realizam reuniões.

Atrás da casa existe uma varanda grande onde ocorrem as palestras ou grupos operativos. A casa é considerada pequena pela equipe para tantas atividades realizadas pela ESF. O Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), por exemplo, não tem uma sala própria e não existem consultórios para outros profissionais como Nutricionista, Psicólogo, chegando os mesmos a atender na varanda, ou a céu aberto. A prefeitura mantém a unidade com os materiais necessários para funcionamento e a unidade conta com 3 computadores, aparelhos de pressão e glicemia entre outros.

A Equipe é formada pelos profissionais: seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) responsáveis pelas micro áreas 26 a 31, totalizando 827 família cadastradas; uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um médico.

A Unidade de Saúde funciona das 7h às 17h. Contamos com a colaboração de uma secretária que diariamente separa os prontuários dos pacientes agendados e, também é responsável por passar os acolhimentos para a enfermeira. Além dela existe uma senhora que faz a limpeza da unidade. As agentes de saúde realizam suas atividades na comunidade também dentro da ESF. A enfermeira é referência para outras unidades, portanto, nem sempre pode estar no serviço, pois precisa cumprir uma agenda de reuniões e outras atividades. O funcionamento da unidade é bom, ordenado, a equipe já tem experiência e se organiza bem.

A maior parte dos atendimentos da unidade é realizada por meio das consultas agendadas. Separamos um turno para atendimento de puericultura e pediatria e outro turno para gestantes. Nos demais turnos atendemos diabéticos, hipertensos e outras morbidades. Um outro turno é separado para renovação de receitas. Em alguns dias no mês como a primeira segunda feira do mês, são realizados encontros ou grupos operativos em conjunto com profissionais do NASF. A demanda espontânea é acolhida pela enfermeira ou pelas ACS e, a depender do quadro do usuário, estes são encaminhados para o médico. A técnica de enfermagem fica responsável pelas medicações, verificação de pressão arterial,

glicemias e curativos quando necessário. Nas quintas-feiras a tarde, são realizadas visitas domiciliares pelo médico, junto com as ACS responsáveis, às famílias que tenham essa demanda.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

A estimativa rápida é um método de apoio para o planejamento participativo com o objetivo de identificar as necessidades de saúde de diferentes grupos. É simples, rápido, de baixo custo e traz informações específicas. Foram utilizados prontuários dos pacientes para elencar os principais problemas de saúde enfrentados pela população (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Um dos problemas encontrados na unidade é a dificuldade para enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS atinge milhares de brasileiros e é um problema multifatorial. Está relacionada a fatores genéticos mas também e principalmente a fatores relacionados aos hábitos de vida de uma população. O sedentarismo, ingestão de alimentos industrializados, ricos em gordura e açúcares, entre outros fatores são muito importantes para o desenvolvimento da hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na nossa unidade essa é a doença prevalente entre a população. Sabemos que a mesma pode e deve ser tratada com medicamentos, mas também deve-se estimular o que chamamos de Modificações do Estilo de Vida (MEV). As MEV são extremamente importantes para o sucesso da terapia. Existe uma resistência muito grande da população em realizar essas mudanças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão associada a outras comorbidades importantes como o diabetes, a dislipidemia e obesidade levam ao aumento do risco cardiovascular, levando a população a um patamar de alto risco para morbidades como o Acidente Vascular Encefálico, Infarto do Miocárdio, entre outros. Esse fator pode levar a queda na qualidade de vida do paciente e aumentar os custos com a saúde pelo Sistema Único (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Outro problema identificado é uso de drogas. Sendo uma região de alto índice de tráfico de drogas, temos muitos jovens e adolescentes envolvidos nesta situação. O vício impede estes jovens muitas vezes de estudar, trabalhar, ter uma vida digna e também geram muitas morbidades como sequelas físicas e/ou psíquicas para os

usuários. Isso traz muitas famílias a procurarem o serviço de saúde buscando ajuda para esses mesmos jovens que muitas vezes necessitam do uso de medicações controladas em episódio de abstinência do uso de álcool e drogas.

Este mesmo problema leva a um terceiro, que é a violência no bairro, onde muitas vezes ocorrem furtos e roubos, sendo estes já vivenciados pelo próprios trabalhadores da unidade, gerando um clima de insegurança no ambiente de trabalho, mas também em toda a população local.

Um outro fator importante é o desemprego, podendo-se observar muitas famílias passando por dificuldades financeiras pela falta do emprego dos pais ou mesmo dos filhos com maioridade. Este fato leva a queda na qualidade de vida da população, pois obriga as famílias a reduzirem custos de forma drástica, até mesmo com alimentação. Além disso, traz o problema do estresse, da preocupação, levando ao desenvolvimento de quadros depressivos e de ansiedade generalizada. O ócio ou mesmo a desesperança acaba levando muitos jovens a adentrar pelo caminho das drogas.

### 1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

A priorização é um passo importante pois através dela podemos eleger qual dos problemas deve ser enfrentado primeiro ou com prioridade. Nesta etapa usamos critérios como importância do tema, urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Neste caso, selecionamos como prioridade o problema do alto risco cardiovascular da população (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Bernardo Valadares, município de Sete Lagoas, MG, 2017.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção****</b>
Risco cardiovascular	Alta	7	Parcial	1
Uso de drogas	Alta	5	Parcial	2



Violência	Alta	5	Fora	3
Desemprego	Alta	5	Fora	4

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se este trabalho pela importância do tema na atualidade e pela relevância do mesmo para a comunidade Bernardo Valadares, em Sete Lagoas, MG, haja vista que é um problema de ampla ocorrência e grande urgência na área.

O alto risco cardiovascular na população aumenta o risco de doenças cerebrovasculares importantes como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, que leva a diversas formas de sequelas físicas, psicológicas e sociais, diminuindo a qualidade de vida da população bem como sua expectativa de sobrevivência.

A conscientização da diminuição deste risco através das mudanças de hábitos de vida, prática de atividades físicas e uso adequado e orientado de medicamentos bem como controle das morbidades (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, etc), é imprescindível para abaixar o risco cardiovascular dessa população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção que visa diminuir o risco de doença cardiovascular entre os pacientes da comunidade da ESF Bernardo Valadares em Sete Lagoas, MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Descrever e quantificar o problema selecionado a partir da priorização dos problemas identificados;
2. Explicar o problema selecionado (causa-consequência)
3. Selecionar os nós críticos do problema selecionado
4. Realizar o desenho das operações para enfrentamento do problema selecionado.

## 4 METODOLOGIA

O Plano de intervenção proposto utilizará o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que tem como ponto de partida uma situação inicial expressa num diagnóstico, e não há monopólio no planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Este método constitui-se de quatro momentos:

1. Explicativo: busca conhecer a situação buscando identificar, analisar e priorizar os problemas;
2. Normativo: formulações de soluções para os problemas identificados no momento explicativo;
3. Estratégico: analisar a viabilidade das propostas;
4. Tático-operacional: execução do plano e acompanhamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Inicialmente foram levantados os principais problemas da comunidade através do Método de Estimativa Rápida. Após isso, foi realizada priorização dos principais problemas encontrados na comunidade de acordo com sua urgência e governabilidade, atribuídos pontos para cada item, tendo encontrado o Risco Cardiovascular na comunidade com principal evento a ser enfrentado. O terceiro passo constituiu-se em descrever o problema selecionado e quantificá-lo seguindo para o quarto passo em que o mesmo problema foi explicado e identificado suas causas e consequências. A partir daí, foi realizada a seleção dos nós críticos que foram base para elaboração do Desenho das Operações que constituirão o Plano de Operação.

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A pesquisa foi feita com busca de artigos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Scientific Electronic Library Online (SciELO), com os descritores: Estratégia saúde da família, atenção primária à saúde e risco.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compreendem quatro grupos de morbidades dentre elas as cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes, tem aumentado em todo o mundo e gerando grande número de óbitos (DUNCAN et al., 2012).

Duncan et al. (2012) revelam que 80% dos óbitos por DCNT se dão em países subdesenvolvidos cuja renda é média ou baixa

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, as Doenças Cardiovasculares representam a principal causa de morte no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Nunes Filho et al. (2007) elencam a HAS, DM, obesidade, tabagismo e dislipidemia como importantes fatores de risco para DCV. Além desses fatores existe a interação dos mesmos com características genéticas de cada indivíduo e fatores ambientais a exemplo do tipo de alimentação e prática ou não de atividades físicas (NUNES FILHO et al., 2007).

Dados do Ministério da Saúde indicam que as doenças circulatórias têm grande impacto na mortalidade da população brasileira e corresponderam a 32% dos óbitos em 2002 e chega a 32 milhões o número de diabéticos e hipertensos no Brasil (BRASIL, 2006).

Dentre as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para controle de sequelas crônicas cerebrovasculares e renais estão (BRASIL, 2006):

- Parar de fumar,
- Prática regular de atividades físicas,
- Controle do Diabetes,
- Controle da Pressão Arterial,
- Controle da dislipidemia,
- Uso de fármacos,
- Hábitos alimentares saudáveis.

Dentre os avanços políticos acertados para o enfrentamento das DCNT que incluem as DCV temos a criação do SUS, que vem se estruturando ao longo de 30 anos de história e, desde então, vem propondo diversas políticas públicas para diminuir as mortes pelas DCV. A ampliação do acesso a atenção primária a saúde permite diagnóstico precoce de HAS, DM, dentre outras morbidades além de largo

ênfoque na prevençãõ de agravos. O combate ao tabagismo é um exemplo de polítias públitas de sucesso no Brasil, as quais de 1989 a 2009 conseguiram diminuir a prevalência de tabagismo de 35% para 17% (DUNCAN et al., 2012).

No presente estudo, damos foco a Hipertensãõ Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus tipo 2, duas grandes morbidades pelas quais a ESF é responsável por sua prevençãõ, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitaçãõ pós complicações.

A HAS é a elevaçãõ dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg. Dentre os fatores de risco para elevaçãõ da pressãõ arterial encontram-se idade (o riso aumenta com o envelhecimento), sexo feminino, raça negra, excesso de peso e obesidade, consumo excessivo de sódio (sal de cozinha), consumo elevado de bebidas alcoólicas, sedentarismo, fatores genéticos e socioeconômicos como menor nível de escolaridade. Comumente a HAS está associada a distúrbios metabólicos e pode levar a lesões de órgãos-alvo como coraçãõ, cérebro e rins e pode ser agravada pela presença de DM, dislipidemia, obesidade abdominal e resistênciã a insulina. Dessa forma a HAS pode levar a eventos como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Insuficiênciã Cardíaca, Doençã Renal Crônica, dentre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

O tratamento da Hipertensãõ Arterial Sistêmica é um importante fator para diminuiçãõ das mortes por DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). E no estudo de Nunes Filho et al. (2007), a prevalência de HAS foi de 14,7% dentre 3.348 pessoas, 50,8% homens e 49,2% mulheres no município de Luzerna(SC) entre janeiro e março de 2006 (NUNES FILHO et al., 2007).

As terapias para controle de HAS incluem não apenas medicamentos mas também as Mudanças do Estilo de Vida, que compreendem atitudes de mudançã de comportamento como escolha dos alimentos e prática de atividades físicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O DM2 caracteriza-se por falhas da secreçãõ e na açãõ da insulina e na regulaçãõ da glicose produzida pelo fígado. Na fase pré-clínica, ocorre disfunçãõ nas células beta pancreáticas e também resistênciã periférica a insulina. Os fatores de risco para DM2 incluem além do genético, sedentarismo, dieta rica em gorduras, envelhecimento (em geral mais de 40 anos). O diagnóstico da DM 2 é realizado através da glicemia de jejum maior ou igual a 126mg/dl; ou maior ou igual a 200mg/dl 2 horas após 75g de glicose (Teste Oral de Tolerância a Glicose); ou glicemia casual maior ou igual a 200mg/dl associada a sintomas clássicos como

poliúria, polidipsia e perda de peso não explicada. São necessários dois exames alterados (diferentes ou não) para firmar o diagnóstico. Dentre as complicações do DM2 temos a retinopatia diabética, que é a principal causa de cegueira entre os 20 e 74 anos. Também podemos citar a neuropatia diabética, que é o acometimento do sistema nervoso de forma ampla e muitas vezes grave; o pé diabético, caracterizado por úlceras infectadas levando a destruição de tecidos moles juntamente com alterações neurológicas e doença arterial periférica e a doença renal do diabetes que pode levar à Doença Renal Crônica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O tratamento do DM2 pode ser realizado com hipoglicemiantes orais e quando estes não consegue manter os níveis adequados de glicemia, podemos lançar mão da terapia insulínica. Associado ao recurso medicamentoso é primordial manter hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividades físicas, vigiar taxas de glicose no sangue periodicamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A Estratégia de Saúde da Família tem por função incentivar e promover a prevenção das doenças e promoção de saúde de forma a garantir uma atenção holística, voltada para o paciente e seu contexto de sobrevivência (BRASIL 2006). Também porque a Atenção Básica “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, é desenvolvida por meio do exercício de práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados” (RIBEIRO et al., 2012, p 14).

O trabalho de Ribeiro et al. (2012) coloca que as estratégias de saúde públicas têm maior impacto do que as estratégias de nível individual, pois baseiam-se na prevenção primária dos fatores de risco utilizando-se de comunicação de massa, mobilização social, atividades interativas além de modificações ambientais. Porém, os mesmos autores citam que, apesar das ações da ESF sobre a HAS terem aumentado, existe baixa adesão ao tratamento, bem como a persistência de alto índice de fatores de risco das comunidades. Afirmam ainda que, estes resultados podem ser vinculados à baixa qualidade da educação em saúde, falta de bancos de dados e à inexistência ou má coordenação geral do programa pelos gestores dos municípios (RIBEIRO et al., 2012).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Risco cardiovascular”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 6.1 Descrição do problema selecionado

O problema definido como prioridade para enfrentamento na comunidade Bernardo Valadares em Sete Lagoas, MG é o risco cardiovascular aumentado. Dessa forma, a partir dos registros da própria unidade, 35% da população local apresentam esse risco elevado. Existe grande número de diabéticos, hipertensos, obesos, tabagistas e sedentários, como podemos observar no quadro abaixo.

Quadro 2: Número de pacientes com riscos cardiovasculares aumentados na Comunidade da Unidade de Saúde Bernardo Valadares, cidade de Sete Lagoas, MG.

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>
Hipertensos	527
Diabéticos	308
Dislipidêmicos	400
Sobrepeso	299
Tabagistas	386
Sedentários	489
Complicações	63

Fonte: Registros da unidade de saúde ESF Bernardo Valadares, Sete Lagoas, MG, 2017.

### 6.2 Explicação do problema selecionado



A Primeira Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, publicada em 2013 traz que, analisando a epidemiologia das Doenças Cardiovasculares (DCV) na atualidade, elas têm o mesmo impacto que tinham as epidemias devastadoras de outros séculos e que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas últimas décadas, das 50 milhões de mortes, 30% delas foram devido as DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O alto risco cardiovascular da população pode ser explicado por muitos fatores como má adesão terapêutica, falta de conscientização a respeito das MEV, estresse gerado pela situação de insegurança e violências locais.

Em relação à má adesão terapêutica, temos que uma boa parte da população tem um nível de instrução baixo, o que leva a uma falta de informação, que é importante para a adesão ao tratamento. Às vezes existe essa informação mas a mesma não é muito bem compreendida, pois foge da realidade e contexto que o paciente se encontra.

Sabemos que a mudança de hábitos leva a certo desconforto por parte da maioria das pessoas gerando também uma resistência. Apesar da população contar com alguns programas de educação física orientados e oferecidos pela própria prefeitura local, muitos pacientes não vão ou não se esforçam para participar. Estes justificam esse fato pela falta de tempo ou por dores crônicas em membros que os impedem de fazer a atividade. Logo, percebe-se que muitas vezes dão mais importância as tarefas de casa, do que a própria saúde.

Fica claro que não sabem ou não valorizam o fato que a atividade física poderia ter efeito benéfico sobre as suas dores crônicas. Além disso, soma-se a questão da dificuldade de optar por alimentos mais saudáveis na dieta, possivelmente pela falta de orçamento para adquirir esses alimentos ou mesmo, pelo costume adquirido ao longo da vida.

Outro fator é o estresse sob o qual muitas famílias vivem devido ao desemprego e da violência. Esse estresse pode fazer com que recorram a recursos como álcool e cigarro, gerando uma população viciada em drogas legalizadas, e muitas vezes, em drogas ilícitas como maconha, cocaína e crack.

Como consequência desse cenário temos uma população à mercê de doenças importantes que podem matar ou deixar sequelas para toda a vida com IAM,

AVE, entre outras, que são algumas das doenças que mais internam os pacientes para intervenções terciárias.

### 6.5 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos compreendem as causas dos problemas apresentados. Os nós críticos têm a característica de apresentarem causas que, se resolvidas, terão impacto na solução do problema; também devem ser analisados quanto aos recursos políticos, técnicos e administrativos que os mesmos exigem (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Sendo assim, selecionamos os nós críticos desse contexto:

- Baixo nível de informação da população
- Resistências a mudanças no estilo de vida
- Fatores sociais (drogas, violência, desemprego).

### 6.6 Desenho das operações (sexto passo)

Os nós críticos selecionados foram: baixo nível de informação da população, resistências a mudanças no estilo de vida e fatores sociais (drogas, violência, desemprego). Para tais nós críticos, elabora-se abaixo o desenho de operações.

Quadro 3: Desenho das operações para o nó crítico 1 do problema “Risco cardiovascular Aumentado na Unidade de Saúde Bernardo Valadares, Sete Lagoas, MG, 2017.

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Baixo nível de informação</b>
<b>Operação</b> (operações)	Orientar os pacientes a respeito da hipertensão, dos riscos do não seguimento do tratamento farmacológico e não farmacológico;  Aumentar a adesão ao tratamento de 50% dos pacientes com alto RCV
<b>Projeto</b>	<b>Info Saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	Pacientes compreendendo o que é HAS e a importância de seguir os tratamentos indicados.

	Pacientes com HAS aderindo ao tratamento medicamentosos e não medicamentosos.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras na unidade, grupos de discussão, material informativo
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: espaço para palestras e grupos educativos. Cognitivo: informação a respeito da HAS e tratamento Financeiro: recursos áudio visuais e material informativo.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: financiamento do material a ser utilizado
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria de saúde, que as vezes tem um recurso pequeno para administrar diante de tamanhas demandas.
<b>Ações estratégicas</b>	Convencer a administração pública da importância do tema.
<b>Prazo</b>	03 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira chefe Médico
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliação do projeto pela comunidade e pelos profissionais envolvidos através de questionários semiestruturados. Monitorar a adesão da comunidade.

Quadro 4: Desenho das operações para o nó crítico 2 do problema “Risco cardiovascular Aumentado na Unidade de Saúde Bernardo Valadares, Sete Lagoas, MG, 2017.

<b>Nó crítico 2</b>	Resistência à mudança no estilo de vida
<b>Operação (operações)</b>	Sensibilizar os pacientes para exercícios, alimentação saudável. Conscientizar os pacientes sobre a importância da aquisição de bons hábitos de vida.
<b>Projeto</b>	<b><i>Mexa-se / Academia da Cidade</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar o número de praticantes de atividades físicas em 40% Aumentar o número de pacientes para realizar alimentação

	saudável e outros bons hábitos de vida.
<b>Produtos esperados</b>	Estímulo ao programa Mexa-se e a utilização das Academias da Cidade.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Academia da Cidade / Projeto Mexa-se Cognitivo: informação sobre os programas Financeiro: financiamento de projetos . Político: reivindicar aumento das vagas no programa, ampliação das modalidades esportivas oferecidas., melhora dos espaços com equipamentos
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: mais recursos públicos para o projeto Mexa-se e Academia da Cidade Político: convencer a administração pública da importância da oferta de mais vagas nos projetos e ampliação dos mesmos (mais modalidades de atividades físicas, professores, etc)
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Prefeitura Municipal que precisa aceitar investir na ampliação do projeto.
<b>Ações estratégicas</b>	Convencer a administração pública da importância do tema.
<b>Prazo</b>	1 ano
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira chefe Médico Associação de bairros
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Cobrança das promessas realizadas pela administração pública. Monitorar a adesão da comunidade aos programas (quantificar quantas pessoas participam regularmente)

Quadro 5: Desenho das operações para o nó crítico 3 do problema “Risco cardiovascular Aumentado na Unidade de Saúde Bernardo Valadares, Sete Lagoas, MG, 2017.

<b>Nó crítico 3</b>	Fatores sociais (uso de drogas, desemprego e violência)
<b>Operação (operações)</b>	Educar a comunidade a partir de grupos operativos para minimização do uso de drogas lícitas e não lícitas bem como diminuir a violência.
<b>Projeto</b>	<i>Dignidade</i>

<b>Resultados esperados</b>	Diminuição do uso de drogas; Diminuição da violência.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras e encontros de adolescentes; Programa de geração de emprego e renda; Projetos de fomento a PAZ.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, técnicas de abordagem aos adolescentes. Conhecer as instituições filantrópicas que oferecem cursos gratuitamente para a população.  Financeiro: financiamento de projetos .  Político:cobrar das autoridades mais projetos para diminuição do desemprego e da violência, mobilização social
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: falta de formação da área, falta de preparo para lidar com usuários de drogas e entorpecentes.  Político: convencer a administração pública da importância da oferta de projetos que acolham o jovem usuário de drogas, programas que melhorem a segurança local, programas que incentivem geração de emprego e renda)
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Prefeitura Municipal que precisa investir nas áreas abordadas.
<b>Ações estratégicas</b>	Convencer a administração pública da importância do tema.
<b>Prazo</b>	4 anos
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira chefe Médico ACS Associação de bairros
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Cobrança das promessas realizadas pela administração pública.

Os quadros 3 a 5 contemplam os desenhos das operações planejados de forma a alcançar o objetivo de diminuir o risco de doença cardiovascular na população da ESF Bernardo Valadares.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do risco cardiovascular deve ser enfrentado de forma conjunta entre os pacientes, profissionais de equipe de saúde e as autoridades competentes, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida e proteção da saúde da população, elevando sua expectativa de vida e reduzindo sua morbimortalidade.

Durante a realização deste trabalho pode-se notar que muitos dos recursos necessários para a mudança da realidade local não está nas mãos apenas dos profissionais de saúde envolvidos, mas uma parte importante está, especialmente, na iniciativa da gestão de saúde local, que precisa acreditar e investir no trabalho proposto. Também a população tem um importante papel que, a depender de seu grau de engajamento no processo, vai incentivar a equipe de saúde a dar continuidade ao trabalho e mobilizar o apoio da gestão de saúde.

Outro recurso infalível que não pode faltar é a criatividade, ou seja, a arte de trabalhar com o que se tem e reinventar aquilo que não se tem, utilizando-se das habilidades criativas que cada um pode oferecer ao grupo.

Espera-se que a realização do projeto InfoSaúde desenhado de forma a enfrentar o nó crítico 1, baixo nível de informação da população, aconteça com mais facilidade que os outros projetos proposto. Isso porque este dependerá mais da atuação conjunta da equipe na mobilização da população para sua participação efetiva. Desse modo, considera-se que, mesmo que não haja recursos financeiros de grande monta para modernos recursos audiovisuais, pode-se fazer uso dos meios disponíveis dentro da própria unidade para confeccionar materiais informativos, cartazes, dentre outros meios de comunicação e tornar a proposta efetiva.

Já em relação ao nó crítico 2, em que esperamos aumentar a participação da população no Projeto de estímulo a atividade física e vida saudável, dependerá muito da adesão dos integrantes da comunidade. A equipe terá por missão importante a motivação, porém, a iniciativa será dos usuários, os quais poderão estimular-se uns aos outros, gerando uma maior demanda nas atividades.

Por fim, quanto ao projeto 'Dignidade', para enfrentamento das dificuldades como desemprego e violência dentro da comunidade, vai requerer empenho, paciência e muita participação popular na vida política da cidade. Trata-se de um

projeto proposto para desenvolvimento em 4 anos, que poderá passar por diversos gestores de saúde ou mesmo prefeitos e demandará muita organização popular para sua continuidade.

Sabemos que os recursos políticos são realmente difíceis de serem angariados, mas isso prova, mais uma vez, a importância da participação popular na vida política de sua cidade: organização das associações de bairro, participação nas reuniões das câmaras de vereadores, conferências municipais de saúde, entre outros momentos no qual a população pode, democraticamente, levar suas demandas a quem tem o poder não só para ouvi-las, mas também para acatá-las.

Assim, sugere-se mais estudos como este, como forma de elencar as prioridades das áreas de abrangência das ESF no Brasil, de forma a iniciar mudanças nas questões de maior necessidade da população, transformando a vida de seus integrantes e levando-os a pensar cada vez mais criticamente no seu processo de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006

DUNCAN B. B.; CHOR D.; AQUINO E. M. L.; BENSENOR I. M.; MILL J. G.; SCHMIDT M. I.; LOTUFO P. A.; VIGO A.; BARRETO S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade pra enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v.46, supl.1 p. 126-34, 2012

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

NUNES FILHO J. R.; DEBASTIANI D.; NUNES A. D.; PERES K. G. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em Adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 5, p. 319-324, 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –**IBGE@idades**, 2017. Disponível em: <[https://www.ibge.gov.br/busca.html?SETE%20LAGOAS&search phrase=all](https://www.ibge.gov.br/busca.html?SETE%20LAGOAS&search%20phrase=all)> Acesso em 12/11/2017

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção de saúde e prevenção integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012 .

SETE LAGOAS, 2017. Disponível em <[www.setelagoas.mg.gov.br/](http://www.setelagoas.mg.gov.br/)> Acesso em 12/11/2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 101, n. 6, supl. 2,p.1-78, 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, supl.1, p.51, 2010



SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016