

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

**ENRIQUE NOA LOBAINA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DOS RISCOS  
CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS PARA OS USUÁRIOS DO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA ALVARENGA DO MUNICÍPIO DE  
CORINTO - MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2018**

**ENRIQUE NOA LOBAINA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DOS RISCOS  
CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS PARA OS USUÁRIOS DO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA ALVARENGA DO MUNICÍPIO DE  
CORINTO - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2018**

**ENRIQUE NOA LOBAINA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DOS RISCOS  
CARDIOVASCULARES MODIFICÁVEIS PARA OS USUÁRIOS DO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA ALVARENGA DO MUNICÍPIO DE  
CORINTO - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em: \_\_\_/\_\_\_/ 2018

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho acima de tudo a Deus, que sustentaa nossa existência e haver me permitido sentir sua Divina presença ao longo da vida.

A meus pais pelo apoio incondicional, a minha tutora por me estimular para continuar apesar de todos os contra tempos reais e ilusórios.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que e a Única e Verdadeira fonte de conhecimento.

A minha família pelo apoio em todo momento da vida.

A minha tutora Tayllany Zimmerer Silveira pela compreensão e estímulo constante.

Ao coletivo de coordenadores e professores da UFMG.

Agradeço a colaboração de toda a Equipe da UBS Alvarenga pela ajuda no processo de captação de dados.

## RESUMO

As doenças cardiovasculares são problemas de saúde pública importantes no Brasil e no mundo, estando entre as três primeiras causas de morbi mortalidade nos países desenvolvidos. No diagnóstico situacional realizado no território da unidade básica de saúde Alvarenga, do município de Corinto, Minas Gerais, observou-se um número elevado de pessoas com risco cardiovascular aumentado. A problemática encontrada motivou a elaboração de um projeto de intervenção para redução e controle dos fatores de riscos cardiovasculares nos usuários da unidade básica de saúde Alvarenga e a construção de estratégias de intervenção por meio de atividades educativas, de promoção e prevenção de saúde, para evitar agravos e complicações agudas e crônicas nos pacientes afetados. Tais estratégias visam a diminuição da morbi mortalidade por doenças cardiovasculares, resultando em impacto positivo na qualidade de vida dos usuários do serviço de saúde da comunidade. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção por meio de atividades educativas para controle adequado dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e redução dos fatores de riscos cardiovasculares dos usuários da unidade básica de saúde Alvarenga. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em saúde e também nas publicações do Ministério da saúde. O Projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que com a operacionalização deste projeto tenhamos uma redução dos fatores de risco cardiovasculares e conseqüentemente uma redução da morbi mortalidade por causa das doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Risco Cardiovascular.

## **ABSTRACT**

Cardiovascular diseases are important public health problems in Brazil and the world, being among the first three causes of morbidity and mortality in developed countries. In the situational diagnosis performed in the territory of the Alvarenga basic health unit in the city of Corinto, Minas Gerais, a high number of people with increased cardiovascular risk were observed. The problems found motivated the elaboration of an intervention project to reduce and control cardiovascular risk factors in users of the Alvarenga basic health unit and the construction of intervention strategies through educational, health promotion and prevention activities to avoid acute and chronic complications in affected patients. These strategies aim to reduce morbidity and mortality from cardiovascular diseases, resulting in a positive impact on the quality of life of users of the community health service. This study aims to elaborate an intervention project through educational activities for adequate control of patients with systemic arterial hypertension and reduction of cardiovascular risk factors of users of the Alvarenga basic health unit. To support the elaboration of the intervention project, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library and also in the publications of the Ministry of Health. The Project of intervention was elaborated following the steps of the strategic situation planning. It is hoped that with the operationalization of this project we will have a reduction of cardiovascular risk factors and consequently a reduction of morbimortality due to cardiovascular diseases.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Hypertension. Diabetes Mellitus. Cardiovascular Risk.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACV	Acidente cerebrovascular
COPAS	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DCV	Doenças cardiovasculares
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
UBS	Unidade básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	100
1.1 Breves informações sobre o município .....	10
1.2 O sistema Municipal de Saúde .....	10
1.3 Equipe de Saúde da Família. Seu território e sua população. ....	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	12
1.5 Priorização de Problemas .....	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	15
3.1 Geral .....	15
3.2 Específicos .....	15
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	17
5.1 Doenças cardiovasculares e Hipertensão Arterial Sistêmica .....	17
5.2 Fatores de riscos cardiovasculares .....	18
5.3 Medidas de prevenção .....	20
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....	22
6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....	22
6.3 Seleções dos nós críticos. ....	22
6.4 Desenhos das operações (sexto passo) .....	22
6.5 Identificação dos recursos críticos .....	255
6.6 Análise da viabilidade do plano .....	225
6.7 Elaboração do plano operativo .....	266
6.8 Gestão do plano de ação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	319
<b>REFERENCIAS</b> .....	30

## **1 INTRODUÇÃO**

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

Corinto é um município brasileiro situado na porção centro-norte do estado de Minas Gerais, integrando a macrorregião do Alto São Francisco, a mesorregião Central Mineira e a microrregião de Curvelo. Os limites geográficos do município são: Lassance ao norte, Augusto de Lima a nordeste, Santo Hipólito ao leste, Curvelo ao sudeste, Morro da Garça ao sul, Felixlândia a sudoeste e Três Maria a leste. Tem uma população de 23.914 habitantes. Tem uma densidade demográfica de 9,47hab./km<sup>2</sup>(IBGE, 2010).

As principais atividades econômicas são a produção de carvão vegetal, extração de mineral, englobando o garimpo de quartzo e de cristal juntamente com a lapidação desses e o setor agropecuário.

A rede Estadual de Educação conta com 12 escolas de ensino Fundamental, quatro escolas de ensino médio, uma dela privada, e quatro escolas de ensino pré-escolar.

O município conta hoje com cinco agências bancárias sendo: Banco do Brasil, Sicoob/Credibelo, Caixa Econômica Federal, Itaú e Bradesco.

A população urbana conta com 100% de água tratada e distribuída pela COPASA, incluindo parte das áreas rurais, outras se abastecem com água de poços ou do rio Bicudo. 84,4% dos domicílios contam com rede de esgoto adequada. Os resíduos são tratados no próprio município.

A coleta e aterramento do lixo estão sob a responsabilidade da Prefeitura. A coleta é realizada diariamente e 100% das residências do município contam com energia elétrica.

### **1.2 O Sistema Municipal de Saúde**

O sistema de saúde do município é público e conta com o setor privado para compra de serviços.

O sistema público conta com uma Secretaria de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento, uma Policlínica, uma unidade de Fisioterapia, sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Farmácia Popular.

No município possui equipamentos para fazer radiografias, eletrocardiogramas e ultrassonografias, este último, no momento está estragado. Não conta com serviço de laboratório pelo Sistema Único de Saúde (SUS); também não existem hospitais, motivo pelo qual os pacientes que requerem internamento devem ser encaminhados para o hospital de Curvelo ou Belo Horizonte, com prévia autorização para o envio às instituições hospitalares para onde serão os pacientes encaminhados.

O município conta com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I composto por: um ortopedista, um psiquiatra, um ginecologista, um dermatologista, um cirurgião geral, um fisioterapeuta, um nutricionista e um fonoaudiólogo.

### **1.3 Equipe de Saúde da Família. Seu território e sua população.**

Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil em 1994 e a partir do ano 2003 foram implantadas as equipes de saúde da família do município Corinto. Foram construídas sete UBS, seis localizadas em diferentes localidades da periferia da cidade e uma no centro da mesma.

A UBS Alvarenga foi inaugurada em Setembro de 2003, e situa-se na: Rua Petrolino Soares, 988, Bairro Alvarenga do município de Corinto.

Sua área de abrangência está composta pelos bairros Alvarenga e Florência de Paiva. Com uma população de 3.622 pessoas, que são assistidas por uma equipe constituída por uma enfermeira (coordenadora da equipe), dois médicos, um auxiliar de enfermagem, e nove agentes comunitários de saúde (ACS).

O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado cinco vezes por semana de segunda até sexta feira de 7:00hs às 16:00hs; os médicos e a enfermeira realizam atendimentos no horário acima referido, além de visitas domiciliares.

Os serviços oferecidos para os nossos usuários são os seguintes: Consultas de enfermagem, Curativos, Consulta médica, Visita domiciliar, Prevenção do Câncer do colo do útero, Puericultura, Assistência ao pré-natal, Imunização, teste do pezinho, planejamento familiar, Encaminhamento para fisioterapia, Grupos operativos: Hipertensão, Tabagismo e Saúde mental.

A população tem habitação (própria ou alugada), com elevado nível de desemprego. As causas de consultas mais frequentes são hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias, neoplasias e infecciosas. As causas de óbitos mais frequentes em nossa área de abrangência são: os acidentes de transporte, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as infecções respiratórias.

Em nossa área existe uma creche, uma Unidade de Pronto Atendimento e seis Igrejas Evangélicas.

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

Mediante a aplicação da Estimativa rápida e em reunião com a Equipe de Saúde da Família foi possível identificar os seguintes problemas de saúde:

- Baixo nível de informação e conhecimento por parte da população sobre HAS e fatores de riscos cardiovasculares.
- Elevado número de hipertensos e diabéticos.
- Dependência de psicofármacos.
- Alto nível de desemprego.
- Baixa cobertura de Papanicolau em mulheres em idade de risco para câncer do colo uterino.
- Alta incidência de caries dental.
- Baixa cobertura médica de consultas especializadas.

#### **1.5 Priorização de Problemas**

Em reunião com a equipe e tendo em conta: a importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”, urgência, distribuindo pontos conforme apreciação, e a capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, fizemos uma ordem de prioridade para os problemas priorizados, como pode ser observado no quadro 1.

<b>Quadro 1</b> - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade sob cuidados da equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde(UBS), Alvarenga, município de Corinto, estado de MG				
Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Elevado número de hipertensos e diabéticos	Alta	6	Parcial	2
Elevado consumo de psicofármacos pela população	Alta	5	Parcial	3
Alto nível de desemprego	Alta	5	Fora	5
Baixa cobertura de Papanicolau em mulheres em idade de risco para câncer de colo uterino	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de cáries dental	Alta	5	Parcial	3
Baixa cobertura médica de consultas especializada	Média	4	Fora	4

Fonte: Autoria Própria

## **2 JUSTIFICATIVA**

Devido ao elevado número de usuários com risco cardiovascular aumentado, no território da unidade básica de saúde, ficamos motivados para elaborar este projeto de intervenção. Pretende-se prevenir as complicações agudas e crônicas relacionadas direta ou indiretamente com a HAS e outras doenças cardiovasculares para reduzir a morbimortalidade por estas causas e produzir impacto positivo sobre a qualidade de vida da população em nossa comunidade de abrangência da unidade básica de saúde Alvarenga.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

Elaborar projeto de intervenção por meio de atividades educativas para controle adequado dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e conseqüentemente reduziros fatores de riscos cardiovasculares dos usuários da Unidade Básica de Saúde Alvarenga em Corinto, Minas Gerais.

#### 3.2 Específicos

Identificar o maior número de pacientes com fatores de riscos cardiovasculares e hipertensão arterial sistêmica no território de abrangência do PSF.

Promover ações preventivas para modificar hábitos e estilos de vida da população.

Desenvolver atividades educativas para elevar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial sistêmica e riscos cardiovasculares.

Promover atividades de educação em saúde para as pessoas com riscos cardiovasculares.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração deste plano foi feita em três etapas:

- Realização do diagnóstico situacional de saúde, utilizando o método de Estimativa Rápida que permite “obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.36).
- Revisão da bibliografia procurando encontrar evidências científicas sobre o tema nas publicações de diferentes autores. A revisão foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, em bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) empregando os seguintes descritores:

Doenças Cardiovasculares.

Hipertensão.

Diabetes Mellitus.

Risco Cardiovascular.

O projeto de intervenção foi elaborado utilizando os passos do planejamento estratégico situacional simplificado proposto por Campos; Faria e Santos (2010).



## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 Doenças cardiovasculares (CDV) e Hipertensão Arterial Sistêmica**

No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para as doenças do aparelho circulatório responsável por 31,3% dos óbitos (MALTA *et al.*, 2011).

Segundo Men (2009), as principais Doenças Cardiovasculares que acometem a população são: Infarto Agudo Miocárdico e os acidentes cerebrovasculares.

O infarto miocárdico agudo se produz por hipóxia do tecido cardíaco devido a oclusão aguda de uma artéria coronária, o diagnóstico baseia-se em: quadro clínico, alterações no eletrocardiograma e curva enzimática. O acidente cerebrovascular (ACV) se deve a falta de oxigênio no tecido cerebral de causa hemorrágica ou oclusiva. Ambas com alta mortalidade e índice de internação com 45,7% no período de 1995 a 2003 por infartos miocárdicos (AVEZUM *et al.*, 2005). A cada ano ocorrem aproximadamente 68 mil mortes no Brasil por ACV (BRASIL, 2012).

As DCV estão associadas com a presença de um ou vários fatores de risco, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, estresse entre outras, sendo a HAS considerada como o fator de risco mais importante no desenvolvimento de DCV, com elevada prevalência no país.

De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006, p.9)

[...] com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 2,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.

A HAS é uma doença crônica que afeta um terço da população mundial, sua incidência aumenta segundo aumenta a idade, atingindo principalmente adultos com mais de 60 anos, está associada a fatores como: estilo de vida, maus hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade e estresse, entre outros, podendo evoluir de forma assintomática até que provoque lesões em órgãos vitais como coração, rins e cérebro produzindo um aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Estima-se que pelo menos 65,0% dos idosos brasileiros sejam hipertensos, sendo um grave problema de saúde pública(SILVA *et al.*, 2010).

## **5.2 Fatores de riscos cardiovasculares**

Alves e Marques (2009) comentam que quanto maior o número de fatores de riscos que o indivíduo apresenta maior a possibilidade de ocorrer um evento cardiovascular.

Os fatores de riscos podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis.

**Fatores de risco modificáveis:** são aqueles sobre os quais pode se realizar alguma ação para controle/tratamento ou mudança dos mesmos entre eles tem: a HAS, a diabetes mellitus, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo e a dislipidemias.

Considera-se a HAS como o fator de risco mais importante no desenvolvimento de DCV como: infarto miocárdico, ACV, e doença renal crônica, junto com a diabetes mellitus. Manter cifras de pressão arterial elevada ao longo do tempo, incluindo indivíduos assintomáticos, incrementa de modo significativo a morbidade e mortalidade por DCV.

O diabetes mellitus tipo 2 é o principal fator de risco de doença macro e microvasculares, de acordo com Gama; Mussi e Guimarães (2010) e afetam principalmente as artérias e arteríolas coronárias, cerebrais, renais e periféricas dos membros inferiores.

O abuso de álcool é causa reconhecido de aumento circunstancial da pressão arterial. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos 30ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres(SILVA *et al.*, 2010).

O tabaco contém nicotina entre outros componentes prejudiciais ao organismo. Sabe-se que a nicotina produz elevação de catecolaminas que a sua vez elevam a frequência cardíaca e a pressão arterial e a resistência periférica. O tabagismo tem sido relacionado com quatro principais doenças: câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, o que explica a importância da cessação ou eliminação do hábito de fumar.

A obesidade é dos fatores de risco mais importantes para HAS, geralmente associada a hábitos alimentares inadequados. A relação obesidade/HAS tem sido amplamente estudada; afirma-se que a cada quilo de peso perdido corresponderia à diminuição de um mmHg de pressão arterial(ROSÁRIO *et al.*, 2009).

O sedentarismo, considerado como falta total ou diminuída de atividade física, está também relacionado ao desenvolvimento de HAS e DCV. Os exercícios físicos reduzem consideravelmente os riscos de DCV e a morbidade e mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (LESSA,2008).

Sabe-se que condições de estresse mantidas por muito tempo, qualquer seja a causa, geram reatividade cardiovascular, com vasoconstrição e elevação dos valores pressóricos arteriais devido aos efeitos das catecolaminas sobre o sistema nervoso simpático.

A hiperativação simpática contribui para hipertensão não somente por aumentar o tônus vascular, mas também por alterar a excreção de sódio e água nos túbulos renais e por induzir ao remodelamento vascular e cardíaco (LATERZA *et al.*,2008).

**Fatores de risco não modificáveis:**são aqueles sobre os quais não podem se realizar ações para sua modificação, entre eles tem-se a : idade, sexo, hereditariedade.

A HAS aumenta a probabilidade de se apresentar à medida que aumenta a idade com predomínio nos homens, mas devido às mudanças de hábitos nas mulheres (fumar e uso de anticoncepcionais) essa frequência tem diminuído.

Em relação à hereditariedade, vários estudos demonstraram a agregação familiar da HAS, tanto entre irmãos quanto entre pais e filhos.

Existe uma correlação entre os fatores genéticos e a hipertensão arterial, porém ainda não existem variantes genéticas que possam determinar o risco individual de desenvolvimento de hipertensão arterial.

Em relação ao fator raça, nos negros, a prevalência e a gravidade de hipertensão são maiores. A maior incidência de hipertensão arterial em pessoas de cor negra ocorre na faixa de etária entre 35 a 44 anos (SILVA *et al.*, 2010, p.1352).

### **5.3 Medidas de prevenção**

Após conhecer os principais fatores de riscos presentes em nossa população precisamos definir ações a serem encaminhadas a atuar sobre eles para seu controle ou diminuição. O Ministério da Saúde comenta que as ações de prevenção têm sua potencialidade quanto maior for o risco, e conseqüentemente maior o potencial de benefício de uma intervenção terapêutica (BRASIL, 2006).

Por meio de ações de promoção visando modificar o estilo de vida da população pode se reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares além de fazer adequada estratificação do risco permitirão desenvolver ações de prevenção e controle dos fatores predisponentes (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002).

É mandatório que se controle a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a redução dos níveis do colesterol, a eliminação do hábito de fumar, do alcoolismo, do estresse, mudando o estilo de vida da população, além de estimular a prática de exercícios físicos. Sem dúvida, a prevenção da aterosclerose passa por um processo de educação tanto do médico como do pacientes. Posto que, se o médico faz boas

orientações essas serão capazes de serem incorporadas pelo paciente. Vamos mais além, atividade física, alimentação saudável, absenteísmo de fumo e combate ao excesso de peso devem ser ensinados na escola como estratégia preventiva de saúde pública.

A prática regular de exercício físico proporciona aos pacientes hipertensos diminuições da massa corporal, dos biomarcadores inflamatórios e do perfil lipídico, contribuindo de forma significativa para a redução dos riscos de doenças cardiovasculares.

A melhor medicina é a preventiva, por isso colocar prática essas ações estratégicas educativas na atenção primária à saúde produzirá impacto positivo na redução e controle dos fatores de risco e as doenças cardiovasculares com elevação da qualidade de vida da população.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Chama a atenção que de 3.622 usuários na área de abrangência da Unidade Básica de saúde Alvarenga, 536 usuários são portadores de Hipertensão Arterial para um 15,6% da população maior de 15 anos, todos eles tem um ou mais fatores do risco associados.

### 6.2 Explicação do problema (quarto passo)

É significativo o desconhecimento por parte da população sobre as causas de DCV /HAS e sua relação direta com a presença de fatores do risco tais como: hábitos de vida inadequados, incluídos alcoolismo, sedentarismo e tabagismo, dieta rica em gorduras e sal e o estresse. A população desconhece também a presença de outros fatores como dislipidemias, obesidade, síndrome metabólica e diabetes mellitus.

Ainda que existam protocolos detalhados para prevenção e promoção de saúde, assim como, para diagnosticar, tratar, controlar e evitar complicações dos pacientes portadores de fatores de risco e de hipertensão, sua aplicação na prática é insuficiente e inadequada.

### 6.3 Seleções dos “nós críticos”

- Baixo nível de informação sobre as doenças cardiovasculares
- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Estrutura dos serviços de saúde inadequada para tratar as doenças cardiovasculares
- Insuficiente desempenho da equipe para enfrentar o problema

### 6.4 Desenhos das operações (sexto passo)

**Quadro 2** - Desenho das operações para enfrentar os “nós críticos”, com resultados esperados, produtos das operações para cada problema e os recursos necessários para sua realização.

“Nos críticos”	Operação	Resultados esperados	Produtos	Recursos Necessários
Baixo nível de informação	Saber Mais/Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS e os fatores de riscos	População mais informada sobre a HAS e fatores de riscos cardiovasculares	Grupos Operativos com a população alvo coordenada por uma equipe multiprofissional: ESF, NASF. Campanhas educativas de promoção e prevenção de saúde.	<b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre técnicas de comunicação e Pedagógicas. <b>Políticos:</b> Mobilização social
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida Saudável/Modificar hábitos e estilos de vida da população	Diminuir em 35% o número de pacientes com HAS e fatores de riscos cardiovasculares por meio de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis	Programa educativo para população. Programa de caminhada orientada Programas sobre saúde na rádio local e palestras educativas nas escolas.	<b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema <b>Organizacional:</b> para organizar as atividades físicas <b>Político:</b> conseguir o local, mobilização social. <b>Financeiro:</b> recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Estrutura dos serviços de saúde inadequada	Organização da estrutura/ Melhorar estrutura dos serviços para oferecer atenção com qualidade aos pacientes. Aplicar Protocolo de cuidado para risco cardiovascular	Garantir medicamentos e exames. Agenda organizada conforme o Protocolo	Aplicação do Protocolo de cuidado para risco cardiovascular. Recursos humanos capacitados	<b>Cognitivo:</b> Ampliar conhecimentos sobre uso dos Protocolos <b>Financeiros:</b> Aumentar as ofertas de exames.

<p>Inadequado desempenho da equipe para enfrentar o problema</p>	<p>Linha de cuidado/Implantar a linha do cuidado para os usuários com HAS e fatores de riscos cardiovasculares</p>	<p>Controle e/o diminuição da HAS e dos fatores de risco cardiovascular nos pacientes da comunidade. Agenda organizada.</p>	<p>Identificação precoce de pacientes com hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular. Aumentar o número de atividades de Promoção e Prevenção de saúde.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> conhecimento e aplicação do protocolo de cuidado para risco cardiovascular. <b>Político:</b> Articulação eficiente entre os diferentes pontos dos serviços de saúde. <b>Organizacional:</b> Adequado fluxo e refluxo de referencias e contra referencias. <b>Financeiro:</b> Aumento das ofertas de exames.</p>
--	--	---	---	--

Fonte: Autoria Própria



### 6.5 Identificação dos recursos críticos

**Quadro 3** - Recursos críticos para desenvolvimento das operações para o enfrentamento dos “nós críticos” visando no controle/diminuição da incidência de fatores de risco cardiovascular.

Operação/Projeto	
Saber Mais	<b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre técnicas de comunicação e Pedagógicas. <b>Políticos:</b> Mobilização social, articulação intersetorial.
Vida Saudável	<b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema <b>Organizacional:</b> para organizar as atividades físicas e encontros com os grupos operativos <b>Político:</b> conseguir o local, mobilização social <b>Financeiro:</b> recursos audiovisuais, folhetos educativos
Organização da estrutura	<b>Cognitivo:</b> Ampliar conhecimentos sobre uso dos Protocolos <b>Financeiros:</b> Aumentar as ofertas de exames. Abastecimento dos medicamentos de forma estável
Linha de cuidado	<b>Cognitivo:</b> conhecimento e aplicação do protocolo de cuidado para risco cardiovascular. <b>Político:</b> Articulação eficiente entre os diferentes pontos dos serviços de saúde. <b>Organizacional:</b> Adequado fluxo e refluxo de referências e contra referências. <b>Financeiro:</b> Aumento das ofertas de exames

Fonte: Autoria própria

### 6.6 Análise da viabilidade do plano

Este passo consiste na identificação dos atores que controlam os recursos críticos necessários para a implementação de cada operação e sua motivação com as ações que pretendem se realizar e desenhar ações estratégicas para motivar os atores a construir a viabilidade do plano.

**Quadro 4-** Propostas de ações para motivação dos atores

Operações /projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber Mais	<b>Político:</b> articulação intersetorial	Secretaria de Saúde	Favorável	Não necessária
Vida Saudável	<b>Político:</b> conseguir o local, mobilização social. <b>Financeiro:</b> recursos audiovisuais, folhetoseducativos.	Secretaria de Saúde, Prefeitura.	Favorável	Não necessária
Organização	<b>Cognitivo:</b> Ampliar conhecimentos sobre uso dos Protocolos <b>Financeiros:</b> Aumentar as ofertas de exames. Abastecimentodos medicamentos de forma estável	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação de redes de serviços.
Linha de cuidado	<b>Político:</b> Articulação eficiente entre os diferentes pontos dos serviços de saúde. <b>Organizacional:</b> Adequado fluxo e refluxo de referencias e contra referencias. <b>Financeiro:</b> Aumento das ofertas de exames	Secretaria de Saúde. Prefeitura	Favorável	Não necessária

Fonte: Autoria própria

### 6.7 Elaboração do plano operativo

O objetivo deste passo e designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 5** -Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Responsável	Prazos
Saber Mais	População mais informada sobre a HAS e fatores de riscos cardiovasculares	Grupos Operativos com a população alvo coordenada por uma equipe multiprofissional: ESF, NASF. Campanhas educativas de promoção e prevenção da saúde.	Equipe de saúde da UBS + equipe do NASF	6 meses
Vida Saudável	Diminuir em 35% o número de pacientes com HAS e fatores de riscos cardiovasculares por meio de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis	Programa educativo para população. Programa de caminhada orientada Programas sobre saúde na rádio local e palestras educativas nas escolas.	Aux. Enf. ACS	3 meses
Organização de estrutura	Agenda organizada conforme o Protocolo	Aplicação do Protocolo de cuidado para risco cardiovascular. Recursos humanos capacitados	Secretaria de Saúde. Coordenadora APS do município	6 meses
Linha de cuidado	Controle e/ou diminuição da HAS e dos fatores de risco cardiovascular nos pacientes da comunidade. Agenda organizada.	Identificação precoce de pacientes com hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular. Aumentar o número de atividades de Promoção e Prevenção de saúde	UBS	3 meses

Fonte: Autoria própria

Para a efetivação de um plano é necessária a preparação de um modelo de avaliação e monitoramento, para garantir adesão ao plano proposto com uso racional dos recursos.

**Quadro 6** -Gestão do plano de ação

Operação/pr objeto	Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saber Mais	Grupos Operativos com a população alvo coordenada por uma equipe multiprofissional: ESF, NASF. Campanhas educativas de promoção e prevenção de saúde.	Equipe de saúde da UBS + equipe do NASF	6 meses	Fase final de elaboração	Pouco tempo disponível	A definir
Vida Saudável	Programa educativo para população. Programa de caminhada orientada Programas sobre saúde na rádio local e palestras educativas nas escolas.	Aux. Enf. e ACS	3 meses	Fase final de elaboração	Pouco tempo disponível	A definir
Organização de estrutura	Aplicação do Protocolo de cuidado para risco cardiovascular. Recursos humanos capacitados	Secretaria de Saúde. Coordenadora da APS do município	6 meses	Fase de elaboração dos projetos		
Linha de cuidado	Identificação precoce de pacientes com hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular. Aumentar o número de atividades de Promoção e Prevenção de saúde	Equipe de saúde da UBS + equipe do NASF	3 meses	Aguardando a ser implantado		

Fonte: Autoria própria



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a abordagem dos fatores de risco cardiovasculares e da HAS, considerada o risco fundamental e conferida sua elevada incidência/ prevalência na população adstrita na Unidade Básica de Saúde Alvarenga, e conhecendo suas consequências para a saúde dos indivíduos com repercussão negativa para a sociedade, iniciamos a construção deste projeto de intervenção visando controlar/diminuir os fatores de risco cardiovasculares, influenciando assim, na redução da morbidade e mortalidade por as doenças a estes fatores associadas, e melhorando a qualidade de vida da população e os indicadores da saúde em nossa comunidade.

Estamos convencidos de que o nível de Atenção Primária à Saúde com suas ações de promoção e prevenção junto a uma reestruturação dos serviços, adequada articulação com os diferentes níveis de atenção ou instituições e investimento para maior qualificação dos recursos humanos, com vinculação ativa da comunidade na solução dos problemas são as chaves para lograr os objetivos propostos.

## REFERENCIAS

ALVES, A.; MARQUES, I. R. Fatores relacionados ao risco de Doença Arterial Coronariana entre estudantes de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.62, n.6, p.883-888, 2009.

AVEZUM, A. *et al.* Aspectos epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Rev. Bras. Clin. Terap.** v.31, n.2, p. 93-96, 2005.

BRASIL, Ministério de Saúde. Acidente vascular cerebral (AVC), 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saúde/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em 26/09/14

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2006. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica n. 15).

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

MALTA, D.C. *et al.* Plano de enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol Serv Saúde**, v.20, n. 4, p. 245-438, out-dez, 2011.

GAMA, G.G.; MUSSI, F.C.; GUMARÃES, A.C. Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Rev Enferm. UERJ.**, v. 18, n.4, p. 650-5, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. IBGE@ cidades. Órgãos Estaduais de Estatísticas, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência, 2010.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo/Rio de Janeiro. Hucitec, ABRASCO, 2008.

LATERZA, M. C, *et al.* Exercício Físico Regular e Controle Autônomo na Hipertensão Arterial. Artigo de Atualização. **Rev SOCERJ**. v. 21, n. 5, p. 320-328, 2008.



MEN, M.J. Doenças cardiovasculares: prevenir e fundamental.2009. Disponível em: <http://www.diaadiaeducação.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2342-6.pdf>. Acesso em 25/09/14.

ROSÁRIO, T. M. *et al.* Fatores associados a hipertensão sistêmica em Nobres-MT. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.12, n. 2, p. 248-57, 2009.

SANTOS FILHO, R.D.;MARTINEZ, T.L.R.. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas.**ArqBrasEndocrinolMetab.** São Paulo, v.46, n.3, p.212-14,2002.

SILVA, J. L. L. *et al.* Estresse e fatores de risco para a hipertensão arterial entre docentes de uma escola estadual em Niterói,RJ. **Rev. Enferm.**v. 4, n.3, p.1347-1356, 2010.