

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

YAMIRKA ROMERO QUIALA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES EM PACIENTES ADULTOS DO POSTO
DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANA MAFRA EM ENGENHEIRO
CALDAS, MINAS GERAIS**

ENGENHEIRO CALDAS-MG
2015

YAMIRKA ROMERO QUIALA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES EM PACIENTES ADULTOS DO POSTO
DE SAUDE DA FAMÍLIA ANA MAFRA EM ENGENHEIRO
CALDAS, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marlene A. Magalhães Monteiro

ENGENHEIRO CALDAS - MG

2015

YAMIRKA ROMERO QUIALA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS
CARDIOVASCULARES EM PACIENTES ADULTOS DO POSTO
DE SAUDE DA FAMÍLIA ANA MAFRA EM ENGENHEIRO
CALDAS, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Marlene A. Magalhães Monteiro – UFMG (Orientadora)

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos - UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de novembro 2015.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças cardiovasculares, têm-se revelado como importante causa de morbimortalidade no Brasil. Estes agravos apresentam inúmeros fatores de risco, entre os quais são reconhecidos a hereditariedade, a idade, a raça, o sexo, a hipertensão arterial, o tabagismo, as dislipidemias, a diabetes, a obesidade e o sedentarismo. O objetivo deste trabalho foi realizar uma proposta de intervenção para reduzir o risco cardiovascular na população adulta atendida no Posto Saúde da Família Ana Mafra do município Engenheiro Caldas, Minas Gerais. Esta proposta de intervenção foi baseada em ações educativas no combate aos fatores de risco cardiovasculares com a participação da equipe do Posto Saúde da Família Ana Mafra. Inicialmente foi realizado um levantamento da prevalência a partir de um questionário previamente formulado e dados do Sistema Informação da Atenção Básica Municipal dos pacientes sobre doenças associadas a risco cardiovascular. Da prevalência geral, retirou-se uma amostra de 98 pacientes que passou por ações educativas por meio de cinco encontros de grupo, na intenção de prevenir e alertar sobre as consequências dos riscos cardiovasculares. Pode-se concluir que a comunidade de Engenheiro Caldas apesar de compreender os riscos e a gravidade para desenvolver alguma doença cardiovascular ainda não se mostra completamente disposta a mudar os seus estilos de vida inadequados. Portanto, sugere-se continuidade deste projeto e inserção de novas propostas de intervenção de forma frequente.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Prevenção. Intervenção.

ABSTRACT

The chronic non-communicable diseases, particularly cardiovascular disease, have proved to be an important cause of morbidity and mortality in Brazil. These diseases have numerous risk factors, among which are recognized heredity, age, race, sex, hypertension, smoking, dyslipidemia, diabetes, obesity and sedentary lifestyle. The objective of this work was to perform an intervention proposal to reduce cardiovascular risk in the adult population served in the Family Health Desk Ana Mafra of municipality Engenheiro Caldas, Minas Gerais. This intervention proposal was based on educational actions in the fight against cardiovascular risk factors with the participation of staff Desk of Health Ana Mafra. Initially it conducted a survey of the prevalence of patients as disease Hypertension from previously formulated questionnaire and Attention Information System Basica data, municipal. The overall prevalence pulled out a sample of 98 patients who underwent educational activities through five group meetings, in an attempt to prevent and alert to the consequences of cardiovascular risk. It can be concluded that the community Engenheiro Caldas despite understanding the risks and gravity to develop some cardiovascular disease still does not seem quite willing to change their lifestyles inadequate. Therefore, it is suggested continuation of this project and insertion of new common form of intervention proposals.

Key Words: Cardiovascular Diseases. Prevention. Intervention.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	6
2- JUSTIFICATIVA	7
3- OBJETIVOS	8
4- REFERENCIAL TEÓRICO	9
5- METODOLOGIA	12
6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	17
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Contextualizando o município, Engenheiros Caldas está é um município localizado em relação a capital o estado, há 305 km da capital (Belo Horizonte), Municípios limítrofes: Alpercata, Tarumirim, Fernandez Tourinho, Sobraria, Don Cavati. A população do município é de 10820 habitantes, com 188 km quadrado de extensão, 3208 famílias e densidade de urbanização de 72,0 %.

Descrevendo o município, Engenheiros Caldas era inicialmente, o povoado de Santa Barbara, pertencente ao município de Tarumirim. Foi elevado a categoria de Distrito em dezembro 1948. Posteriormente, passou a denominar-se Santa Barbara de Tarumirim, e ao emancipar-se em 30 de dezembro de 1962 recebeu o topônimo de Engenheiros Caldas, em homenagem ao Dr. Felipe Moreira Caldas, engenheiro que participou da frente de trabalho para a construção da antiga Rio – Bahia (BR 116).

A equipe realizou o diagnóstico situacional que possibilitou levantar inúmeros dados referentes ao município. Quanto aos aspectos geográficos estão descritos nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1- Aspectos geográficos do município Engenheiro Caldas, MG.

Indivíduo	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	+60	Total
Área Urbana	78	600	466	428	353	823	2081	2621	1048	8498
Área Rural	32	246	192	177	145	340	446	256	488	2322
Total	110	846	658	605	498	1163	2527	2877	1536	10820

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 adaptado por PMC/SEPLAN/COMODER/DITEC.

Quadro 2 – Distribuição da população do município Engenheiro Caldas, MG segundo a faixa etária para o ano 2013.

Faixa etária	Número absoluto	Porcentagem (%)
0 a 4 anos	562	5,19
5 a 9 anos	641	5,90
15 a 19 anos	920	8,50
20 a 29 anos	755	6,90
30 a 49 anos	836	7,70
50 a 60 anos	3201	29,50
60 a 69 anos	1340	12,80
70 a 79 anos	955	8,80
80 anos e mais	1200	11,00
Total	10820	100,00

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 adaptado por PMC/SEPLAN/COMODER/DITEC.

Outro dado muito importante são os aspectos socioeconômicos. As principais atividades socioeconômicas de Engenheiros Caldas são comércio, agropecuária e indústria. Na cidade constam duas fábricas de cerâmica e muitos comércios que se tornam fonte de emprego e traz benefícios para o município. A renda média familiar é de R\$1.061,58 (rendimento nominal mensal até um quarto do salário mínimo).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (PNUD-2013) encontra-se 86,2% cima da linha de pobreza, 8,0% entre a linha de indigência e pobreza e abaixo da linha de indigência: 5,8%.

Abordando a educação no Quadro 3 encontram-se as informações sobre a situação da educação no município.

Quadro 3 - Indicadores de educação do município, Engenheiro Caldas, MG.

Indicadores da educação	Porcentagem (%)
Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos	73,0
Com menos 4 anos de estudo	27,0
Com menos 8 anos de estudo	55,0
Media de anos de estudo	8,70
Crianças em idade escolar fora da escola	12,0

Fonte: http://www.escolanet.com.br/teleduc/arquivos/11/leituras/6engenheiros_caldas-mg.

Analisando o quadro constata-se que o número de analfabetismo no município é muito alto. Este fato pode dificultar a compreensão das orientações dadas pela equipe de saúde

Caracterizando o município conta com uma escola estadual que oferece o ensino fundamental até o terceiro ano do ensino médio. Uma creche, e cinco escolas municipais, CEMIG, COPASA, duas empresas de telefonia (fixo e móvel), uma agência dos correios, duas agências bancárias, uma casa lotérica, Cartório, Posto da Polícia Militar, três Postos de Saúde, uma Unidade Básica de Saúde, um Programa de Saúde da Família (PSF), sete farmácias, uma de Minas, 20 igrejas (oito católicas e demais protestantes), uma rádio difusão comunitária, um cemitério, e aproximadamente 28 lojas.

Quando ao sistema municipal de saúde cerca de 90% da população do município Engenheiro Caldas, MG é completamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para prestar o atendimento o município conta com um Programa de Saúde da Família (PSF), uma Unidade da Saúde da Família (USF) e três Postos de Saúde, sendo dois deles localizado em um distrito na zona rural. O PSF encontra-se no centro da cidade, a equipe, tem funcionários efetivos e contratados.

Na UBS da cidade é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros, contam com 10 funcionários (dois médicos, duas enfermeiras duas Técnicas de Enfermagem, uma recepcionista, um dentista, um auxiliar de dentista e um auxiliar de serviços gerais).

No PSF da cidade é realizado atendimento médico uma vez todos os dias e visita domiciliar uma vez por semana. A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, seis ACS, um dentista, um auxiliar de dentista, um auxiliar de serviços gerais. No Posto de Saúde do Distrito Divino do Trailer e José de Acácio é realizado atendimento médico uma ou duas vezes por semana. A equipe é formada por um enfermeiro e três auxiliares de serviços gerais.

O município conta com seis ambulâncias para transporte de pacientes e três micro-ônibus para Tratamento Fora do Domicílio - TFD. Possui, também,

um Conselho Municipal de Saúde, constituído por líderes religiosos, civis e políticos. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente.

A referência para a média e alta complexidade é Governador Valadares e Belo Horizonte.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, segundo os dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), no município tinha cadastrado no final de 2013, 1105 portadores de hipertensão arterial, 230 portadores de diabetes mellitus e nenhum portador de tuberculoses. Em 2013 o município registrou 176 casos de dengue.

As principais causas de internação no ano 2013 segundo os dados SIH/DATA SUS foram complicações de diabetes mellitus, pressão arterial, Acidente Vascular Cerebral, e câncer. A abertura de vacinação da população de menores de cinco anos de idade foi de 92, %.

Quanto as principais causas de óbitos no ano 2013 foram: pneumonia, Infarto Agudo do Miocárdio - IMA, câncer em estágio terminal, acidentes de trânsito.

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas. O PSF foi implantado em 2001 e há quatro anos está instalada em uma sede própria e funciona de segunda a sexta de 7horas a 17horas.

O PSF Ana Mafra está localizado no centro da cidade possui uma equipe composta por uma enfermeira, uma médica, uma Técnica em Enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, seis agentes de saúde e uma recepcionista, uma coordenadora e um auxiliar de limpeza. Prédio próprio inaugurado a cerca de 10 anos tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré consulta, almoxarifado, sala de repouso com duas camas, sala de expurgo e de esterilização, cozinha e dois banheiros. Além de uma boa estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Ana Mafra é razoavelmente boa, conta com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Porém, tem famílias em situações precárias de moradia.

O abastecimento de água tratada é feito em 65,1% das residências e o recolhimento de esgoto por rede pública em 57,5%.

As doenças cardiovasculares são aquelas que afetam o coração e as artérias, como infarto e acidente vascular cerebral, e também arritmias cardíacas, isquemias ou anginas; são atualmente as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos no Brasil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

A principal característica das doenças cardiovasculares é a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias ao longo dos anos que impede a passagem do sangue (BRASIL, 2006).

As doenças cardiovasculares no Brasil são uma das principais causas de mortalidade, representa um grande desafio à saúde pública sendo a principal causa de gastos no Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência médica a população. Nos últimos anos as doenças crônicas não transmissíveis vêm representando 69% dos gastos hospitalares no SUS, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por alta frequência das internações (BRASIL, 2013).

Questões importantes como o aumento da expectativa de vida, aumentam o risco de doenças crônicas com destaque para as cardiovasculares. Entretanto a exposição aos fatores de risco (tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo, obesidade) acomete diferencialmente os indivíduos, com menor gravidade sobre a população como cotidiano mais saudáveis (MCQUEEN, 2007; CARNELOSSO, 2007).

Os estudos mostram que as doenças cardiovasculares são preveníveis, no entanto não é fácil porque requer mudança de comportamento da sociedade

quanto ao estilo de vida (alimentação, prática de exercícios físicos), já que é uma doença que se desenvolve ao longo das décadas (MCQUEEN, 2007).

2 JUSTIFICATIVA

A modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui ao risco cardiovascular.

Esta proposta apresenta a problemática recorrente no atendimento básico de saúde, o alto risco cardiovascular. A preocupação inicial é focada no alto índice de pacientes jovens com estes riscos com problemas de saúde relatados entre membros da comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família Ana Mafra, como doenças já descritas anteriormente, obesidade e hipercolesterolêmica e tabagismo.

Na área analisada correspondente ao PSF Ana Mafra, encontra-se 3015 pessoas (homens e mulheres) assistidas, 206 delas são pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial com mais de 20 anos. Desta forma, este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial, níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências principalmente entre os idosos na comunidade.

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HSA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência e adoção de medidas preventivas por meio de oficinas (BRASIL, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral:

Realizar uma proposta de intervenção para reduzir os riscos cardiovasculares na população adulta atendida no Posto de Saúde da Família Ana Mafra do município Engenheiro Caldas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as condições de vida dos pacientes adultos que possam influenciar o aumento dos riscos cardiovasculares.
- Avaliar a prevalência e frequência dos fatores de risco cardiovascular entre os adultos atendidos.
- Realizar ações que melhorem as condições de vida dos pacientes maiores de 18 anos para a diminuição de riscos cardiovasculares.
- Realizar oficinas temáticas sobre as doenças cardiovasculares e prevenção para ampliar os conhecimentos dos adultos do Posto de Saúde da Família Ana Mafra.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Para subsidiar a elaboração do referencial teórico foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Os descritores utilizados foram: hipertensão arterial, e equipe do *PSF* e planejamento em saúde nas bases de registro de bibliografias eletrônicas disponíveis: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS).

Este método transcorre por quatro momentos (Anexos 1 e 2):

- 1- Momento explicativo: conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas.
- 2- Momento normativo: momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado.
- 3- Momento estratégico: buscou-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.
- 4- Momento tático-operacional: momento de execução do plano.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Segundo dados de atestado de óbito dentre as doenças cardiovasculares em 1998 no Brasil, o acidente vascular cerebral (AVC) foi a primeira causa de morte seguido da doença isquêmica do coração (DIC). Na maior parte dos casos tanto o AVC como a DIC têm etiologia conhecida sendo causados por fatores de risco bem estabelecidos (BRASIL, 2013).

5.2 Fatores de riscos

A Sociedade Brasileira de Cardiologia coloca o tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, Hipertensão Arterial Sistólica, e dislipidemias como os fatores de risco mais evidentes quanto ao âmbito da saúde cardiovascular no Brasil em suas últimas diretrizes (BRASIL, 2006).

Estudos mostram a importância das dislipidemias, fumo, idade e diabetes mellitus como fatores de risco independentes para a aterosclerose e como consequência para a doença arterial sistêmica. O Índice de Massa Corporal (IMC) também está associado ao aumento da prevalência de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hipertrigliceridemia. Os dados da literatura mostram que o controle dos fatores de risco independentes diminui notadamente a morbimortalidade à aterosclerose (FONSECA, 1999).

Na etiologia do Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), principalmente a hipertensão sistólica, é o mais importante fator de risco. Além desses, uma série de outros fatores de risco foram descritos e potencializam os fatores independentes; esses são denominados fatores predisponentes. Dentre os fatores predisponentes tem-se: história familiar precoce de Doença Isquêmica do Coração - DIC, obesidade - principalmente a do tipo central, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais. Um terceiro grupo de fatores de risco, cujo papel na aterogênese é provável, contudo ainda não totalmente demonstrado, é denominado grupo de fatores condicionais. Nesse grupo encontram-se triglicérides, lipoproteína,

homocisteína, LDL pequena e densa, fibrinogênio e fatores inflamatórios. Esses últimos poderiam ser apenas marcadores e não fatores de risco (BRASIL, 2013).

Outra explicação razoável seria que fatores de risco como a obesidade central e sua associação com a síndrome metabólica e o Diabetes Mellitus teriam tido aumento de prevalência, fato que aumenta o número de pacientes expostos ao risco de doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Por fim, a falta de controle de fatores de risco condicionais, como os triglicérides, lipemia pós-prandial, processo inflamatório ou a homocisteína entre outros poderia ter também parcela de culpa no quadro ascendente de mortalidade (BRASIL, 2006).

Tendo em vista a redução dos riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares no país e no mundo, alguns dados indicam um aumento significativo e relativo em países de média e baixa renda. Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades, e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis de saúde (OMS, 1988).

5.3 Prevenção

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe um método de controle e prevenção integrada, já que as doenças crônicas mais frequentes sendo as cardiovasculares, câncer e diabete compartilham vários fatores de risco em todas as idades: hipertensão arterial sistêmica (HAS), fumo, álcool, inatividade física, hipercolesterolemia (OMS, 1988).

A prevalência e incidência de doenças cardiovasculares em adultos aumentam a cada decênio de vida, dentro desse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70. O principal objetivo desses programas é diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares através da

redução dos fatores de risco cardiovascular nas comunidades, a partir da educação em saúde e das estruturas existentes na comunidade (BRASIL, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Pela importância epidemiológica e seu impacto no estado de saúde da população brasileira e mundial, o PSF Ana Mafra (médico, enfermeira, odontóloga, técnicos de enfermagem e agentes de saúde) juntamente com a equipe NASF (nutricionista, fisioterapeuta), realizou um projeto de intervenção para promover ações educativas de saúde, para diminuir os fatores de risco as doenças cardiovasculares e reduzir a incidência destas doenças na comunidade de abrangência.

Para esta estratégia educativa dos 206 pacientes com mais de 20 anos com algum dos riscos para doença cardiovascular do PSF Ana Mafra, cadastrados, no Sistema Único de Saúde (SUS), 98 pacientes (43 homens e 55 mulheres) concordaram em participar do projeto mediante cinco encontros para ações educativas e preventivas.

A partir dos “nós críticos” identificados, as operações e atividades necessárias para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução estão descritos nos Quadros 4 e 5.

Ao final deste projeto de intervenção foi elaborado um questionário para retroalimentar as ações e quantificar o resultado de estratégia adotada (Quadro 6).

Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema de alta prevalência de doenças cardiovasculares.

Nós críticos	Atividade	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários	RESPONSÁVEL
Hábitos e estilos de vida inadequados	Modificar hábitos e estilo de vida	Diminuir a 80% o nível de sedentarismo, obesidade, maus hábitos dietéticos, hábito de fumar.	Intervenção na reunião de equipe e com a comunidade.	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho. Político: Vontade de para incrementar a qualidade de vida da população. Organizacional: Gerenciamento de recursos para oferecer educação em pela saúde em doenças crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS	Equipe de trabalho
Nível de informação sanitária insuficiente	Aumentar oferta de materiais educativos para a população	Melhoria no nível de conhecimento sobre a doença. Incrementação dos conhecimentos em técnicas de trabalho em EPS, por ACS	Aumento da motivação da equipe sobre o nível de informação da população de risco Programa Educativo na população	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho. Político: Incrementar qualidade de vida da população. Organizacional: Gerenciamento de recursos para oferecer educação pela saúde em doenças crônicas. Financeiro: Financiamento de materiais para EPS	Equipe de trabalho
Desorganização do processo de	Melhorar processo de	Melhoria no atendimento e dar	Aumento da motivação do	Cognitivo: Conhecimento das portarias de trabalho do SUS.	Gerente da UBS

trabalho da equipe de saúde.	atendimento dos profissionais	cobertura à população com doenças crônicas em mais de 80%	pessoal profissional.	Político: Mobilização setorial a solução-problema. Organizacional: Organização de agendas do trabalho.	
------------------------------	-------------------------------	---	-----------------------	---	--

Quadro 5 - Elaboração e Gestão de Plano Operativo .

OPERAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESULTADOS ESPERADOS
Hábitos e estilos de vida inadequados	Apresentar projetos e estratégias de intervenção.	Melhoria do nível de conhecimento sobre os riscos cardiovasculares.
Nível de informação sanitária insuficiente	Apresentar projetos e estratégias de intervenção.	Incrementar em 20% o nível de conhecimento durante o ano 2015.
Desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde	Apresentar, avaliar e aprovar projetos.	Modificação do processo de trabalho no equipe de saúde para o ano 2015.

Quadro 6 - Ações de intervenção propostas no PSF Ana Maфра do município de Engenheiro Caldas, MG, 2014-2015.

ENCONTRO	INTERVENÇÃO	TEMA	MÉTODOS	PROFISSIONAIS
1º. encontro	Apresentação e familiarização da proposta e triagem.	Acolhimento	Reunião Avaliação antropométrica e médica	Todos os profissionais da ESF
2º. encontro	Triagem, Consulta individual e Roda de Conversa.	Riscos Cardiovasculares Saúde Bucal	Aplicação de questionário Avaliação antropométrica e médica	Médico Enfermeira, ACSs, técnica de enfermagem, odontóloga.
3º. encontro	Triagem, Roda de Conversa e Consulta Individual	Depoimentos	Aplicação de questionário Avaliação antropométrica e médica	Médico, Nutricionista, fisioterapeuta.
4º. encontro	Avaliação individual	Consultas Médicas	Consulta individual Avaliação dos exames	Médico e Enfermeira

			complementares	
5º. encontro	Encerramento	Influência das ações educativas	Palestra Roda de Conversa Aplicação de Questionário.	Todos os profissionais da ESF.

Observação: As oficinas tiveram uma periodicidade mensal e duração de 45 minutos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro encontro foi realizado o acolhimento dos participantes pela enfermeira da equipe e logo após foram dadas as explicações de como funcionaria o grupo operativo. Em seguida, foi feita reunião para apresentação da equipe de trabalho e de cada integrante do grupo. O Médico apresentou os objetivos da Proposta de Intervenção e foi realizada a triagem com avaliação antropométrica (medição do peso, altura, circunferência abdominal) e medição da pressão arterial e glicose de todos os participantes (técnica de enfermagem e enfermeira). Os dados foram descritos em fichas individuais pelos ACS.

No segundo encontro foi realizada novamente a triagem. Primeiramente foi aplicado o questionário geral pré-formulado para dar início à classificação dos pacientes segundo doenças ou fatores de risco cardiovascular (Anexo 1). Neste mesmo dia foram realizadas duas palestras: uma pela enfermeira e outra pelo médico para explicar quais são os riscos de doenças cardiovasculares, como diminuir a incidência de risco cardiovascular de maneira individual, e também foram apresentadas algumas imagens sobre riscos cardiovasculares assim como as estatísticas do país quanto ao problema em questão. Foram avaliados os sinais vitais de cada paciente e solicitados exames complementares (lipidograma, glicemia, Rx de tórax, ECG), consulta individual e avaliação antropométrica. Enquanto os participantes aguardavam a sua vez, a odontóloga aproveitou e deu orientações sobre a saúde bucal e câncer bucal. Neste dia, os resultados alcançados foram muito bons, pois a maioria dos indivíduos não tinha conhecimento sobre os diferentes fatores de risco para desenvolver uma doença cardiovascular.

Dentre os fatores que interferem no processo saúde – doença está a mudança de comportamento, nos modos de trabalhar e de se alimentar, não podendo esquecer o acúmulo de atividades sobre as mulheres (trabalho, filhos, casa) que têm feito o estresse ser um importante fator de risco cardiovascular, no entanto outros fatores influenciam questões como tabagismo, etilismo além da influência hormonal (BRASIL, 2013).

Segundo nas observações no trabalho de Ortega (1999), verificou-se a vulnerabilidade da população em estudo aos seguintes fatores de risco nos

quais se sobressaiam com maior destaque o sedentarismo, sobrepesos, antecedentes familiares e a hipertensão arterial seguidos de diabetes tipo 1 e 2, e tabagismo. Também se deve levar em consideração a questão do caráter assintomático da maioria das doenças cardiovasculares com ideia de que problemas de saúde só são sentidos em idades avançadas, o que colabora para a demora do diagnóstico e o aumento das complicações.

Dados da literatura apontam que mais de 50% das mortes por doenças coronarianas ocorrem em pessoas com riscos classificados em baixo e médio para doenças cardiovascular. Sendo assim a ausência deles nem sempre impossibilita os eventos cardiovasculares, acredita-se que um quinto desses eventos ocorra na ausência de fatores de risco o que justifica a procura por novos indicadores de risco (FONSECA, 1999).

No terceiro encontro teve a participação de 92 pessoas. Nesse encontro foi realizada uma roda de conversa pelo médico, e alguns pacientes fizeram um relatório individual que possibilitou uma troca de experiências.

Neste encontro, a nutricionista falou sobre alimentação saudável e dicas de nutrição, seguida do fisioterapeuta que ministrou a palestra sobre a importância da atividade física, e de iniciar a reabilitação precoce no caso de uma complicação cardiovascular ou vascular encefálica. Também neste encontro os resultados alcançados foram muito bons. Os temas das palestras incluíram o uso exagerado de sal na alimentação, aspectos negativos para a saúde dos alimentos industrializados pela concentração de açúcar refinado, sódio e a gordura e sua relação direta no desenvolvimento de obesidade, e doenças crônicas não transmissíveis (HAS, DM). Além disto, deve-se destacar que sua restrição de sódio na alimentação é importante, pois indivíduos com dieta reduzida de sal tendem a apresentar redução da pressão arterial e de complicações cardiovasculares (MOLINA; HERKENHOFF, 2003). Foi ressaltada a importância de realizar 30 minutos de exercícios todos os dias para manter uma boa circulação e prevenir assim um acidente vascular. Foi muito interessante observar nos depoimentos a tentativa de mudança de alguns hábitos.

O consumo regular de alimentos protetores, como frutas, verduras e peixes, foi referido por uma ínfima parte dos entrevistados.

No quarto encontro houve a presença de 78% dos participantes. A classificação do risco pode ser baixo/intermediário ou alto (Anexo 2) e as ações dependerão dos resultados. Outros dos fatores de risco de importância relatados pelos pacientes são os maus hábitos alimentares que influenciam muito na qualidade de vida das pessoas, sendo que todos os pacientes aceitaram ter hábitos alimentares inadequados (PANSANI *et al.*, 2005).

Por último foram avaliados os exames complementares, e ressaltado a importância da adesão ao tratamento médico para manter o controle de doenças crônicas e evitar complicações por esta causa.

No quinto e último encontro foi ministrada uma palestra interativa para avaliar a interpretação da população sobre os fatores de risco cardiovascular, sendo os pacientes os protagonistas com participação de 64% dos participantes desta proposta. Neste dia foi distribuído um questionário (Anexo 3) para avaliar o impacto das ações de saúde e do trabalho realizados pela equipe em conjunto com a população. Os resultados finais encontrados foram que 97,0% da população compreenderam as informações ministradas, 3,0 % ficou com dúvidas; 90,0% comprometeram-se a mudar os seus estilos de vida; 99,0% a realizar o tratamento disciplinadamente; e 98,0% acharam positivo o trabalho para a sua saúde (Figura 1).

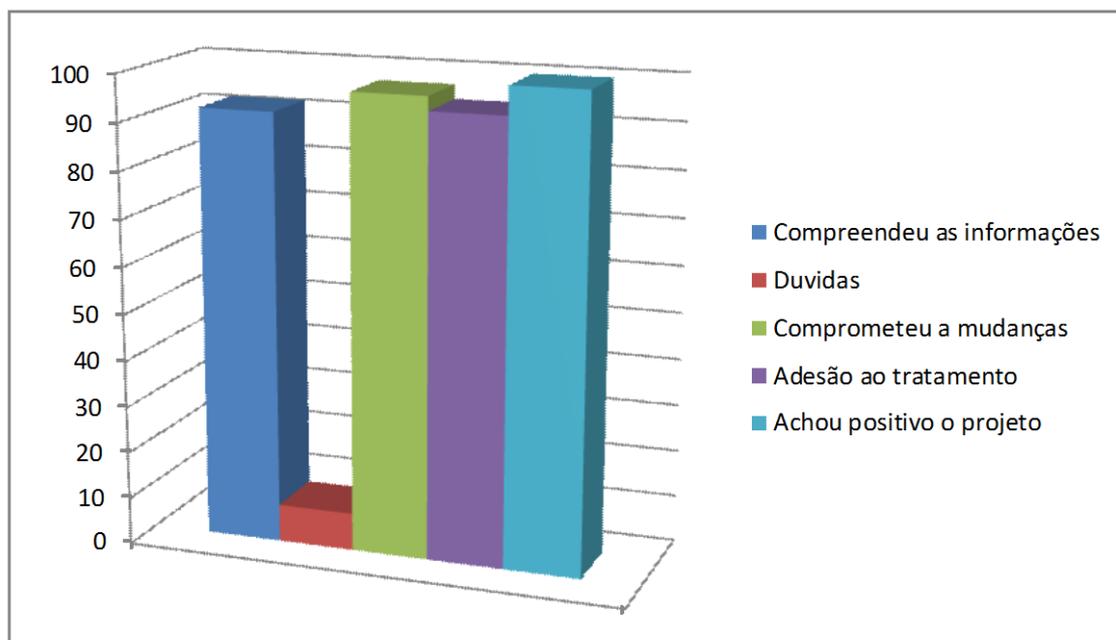


Figura 1 – Impacto das intervenções na população atendida.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta proposta de intervenção possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre a repercussão do papel de educador dos profissionais de saúde junto ao indivíduo, à família e à comunidade, na busca de mudanças comportamentais, que resultem na promoção da saúde.

Em relação às pessoas portadoras de doenças crônico-não transmissíveis (HAS,) o papel dos profissionais de saúde torna-se preponderante na condução dos indivíduos à adesão às condutas de controle desse agravo, e preventivas das complicações crônicas ou doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

A comunidade apesar de compreender o risco de doenças cardiovasculares e suas complicações ainda não tem percepção dos riscos. Porém, houve interesse por mudança de hábitos pela maioria dos participantes.

Sugere-se que projetos de intervenção como o realizado, sejam frequentes e rotativos, e sejam abertos para toda a população com risco cardiovascular do município, para diminuir a prevalências destas doenças.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.; NUNES, M. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunidade e Educação**, v. 10, n. 19, p.131-147, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica no. 37. **Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Consulta de enfermagem para estratificação do risco cardiovascular. 2013, p.19-22; 38-40.

CARNELOSSO, M.L.C. et al. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares na região leste de Goiânia – Goiás. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15: Supl. 1; 2007. p 11.

DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2007**. Acesso em 30 abr 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2007/matriz.htm#mort>.

FONSECA, I. **Dislipidemias**. In: *Cardiologia para o clínico geral*. [S. 1: s.n.]. 1999. p.165 -75.

GIANNELLA, Neto. **Diabetes Mellitus**. In: *Risco Cardiovascular Global*. São Paulo: Lemos, 1999. p.77-102.

MCQUEEN, D.V. Continuing Efforts in Global Chronic Disease Prevention. **Prevention Chronic Disease**; v. 4, n.2, p. 21, 2007.

MOLINA, C.; HERKENHOFF; M. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p.743-750, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Glossário de Promoção da Saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde (OMS); 1988.

ORTEGA, M.; NOBRE, D. **Hipertensão Arterial**. In: *Risco Cardiovascular Global*. São Paulo: Lemos, 1999. 65–76p.

PANSANI, A. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta à Terceira Idade”. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.12, n.1, p.27-31, 2005.

ANEXOS**Anexo 1**

Nomes: _____

Idade: _____

Sexo: () feminino () masculino

Você tem Hipertensão Arterial?

() sim () não

Você tem Diabetes Mellitus?

() sim () não

Apresentou ou apresenta colesterol ou triglicerídeos elevados?

() sim () não

Tem ou teve sobrepeso?

() sim () não

Tem obesidade?

() sim () não

Realiza algum tipo de atividade física?

() sim () não

Hábitos Tóxicos

Álcool () tabagismo () Droga ()

Aceita participar de reuniões com o intuito de melhor esclarecer quais são os riscos cardiovasculares? () sim () não

ANEXO 2

SCORE DE FRAMINGHAM:

➤ BAIXO RISCO/ INTERMEDIARIO

Tabagismo. -----

Hipertensão. -----

Obesidade. -----

Sedentarismo. -----

Sexo masculino. -----

História familiar de evento cardiovascular prematuro (homem : menos de 55 anos e mulher menos de 65 anos). -----

Idade > 65 anos -----

➤ Alto risco:

Acidente vascular cerebral prévio -----

Infarto agudo do miocárdio prévio. -----

Ataque isquêmico transitório. -----

Hipertrofia de ventrículo esquerdo. -----

Nefropatia. -----

Retinopatia. -----

Diabetes Mellitus. -----

Aneurisma de aorta abdominal. -----

Estenose da carótida sintomática. -----

Anexo 3

1. Você compreendeu as informações expostas?

- SIM -----
- NÃO -----
- DUVIDOSO (A) -----

2. Você se compromete a mudar os seus estilos de vida?

- SIM -----
- NÃO -----

3. Você apresenta algum dos riscos cardiovasculares expostos?

- SIM -----
- NÃO -----

4. Você compreendeu a importância da adesão ao tratamento?

- SIM -----
- NÃO -----

5. Você achou positivo o projeto para melhorar a sua saúde?

- SIM -----
- NÃO -----