

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

JOSELENE DE SALES COSTA

**ABORDAGEM DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PONTE DE SANTO ANTÔNIO, ITAJUBÁ- MINAS GERAIS.**

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2015**

JOSELENE DE SALES COSTA

**ABORDAGEM DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PONTE DE SANTO ANTÔNIO, ITAJUBÁ- MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2015**

JOSELENE DE SALES COSTA

**ABORDAGEM DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PONTE DE SANTO ANTÔNIO, ITAJUBÁ- MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez - orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 4/11/2015.

RESUMO:

A proposta de intervenção em questão busca identificar e intervir nos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) na população idosa atendida na ESF da Ponte de Santo Antônio, localizado no Município de Itajubá, MG. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), as dislipidemias, o sedentarismo, a obesidade e o sobrepeso, são fatores de risco que podem ser controlados e modificados, podendo dessa forma prevenir as doenças cardiovasculares e suas complicações. Com o controle desses fatores de risco, há redução do número de afetados por doenças cardiovasculares responsáveis pelo alto índice de morbimortalidade como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Renal Crônica, dentre outras. Na maioria dos casos, os fatores de risco para as DCV são mal controlados por não aderência ao tratamento tanto farmacológico como o não farmacológico, tratamentos inadequados, desconhecimento da própria doença e suas conseqüências, dentre outros. Para tal, foi feito uma revisão da literatura de publicações dos últimos dez anos, na Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Literatura Internacional em Ciências da Saúde, do *Scientific Electronic Library Online* e na Biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Sabendo da grande morbimortalidade ocasionada pelas doenças cardiovasculares, foi proposto um plano de intervenção visando o melhor controle dessas condições, através da conscientização do paciente, da família e da própria equipe de saúde, de forma a oferecer melhores orientações e condições para o tratamento, mudança dos hábitos de vida, garantindo melhorias na saúde e qualidade de vida desses pacientes.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Idosos. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

The proposed intervention in question seeks to identify and intervene in risk factors for cardiovascular disease (CVD) in the elderly population assisted in the FHS St. Anthony Bridge, located in the city of Itajubá, MG. Systemic arterial hypertension (SAH), diabetes mellitus (DM), dyslipidemia, physical inactivity, obesity and overweight are risk factors that can be controlled and modified, and may thus prevent cardiovascular disease and its complications. With control of these risk factors, there is a reduction in the number of affected by cardiovascular diseases responsible for the high mortality rate as cerebrovascular accident (CVA), acute myocardial infarction (AMI), congestive heart failure (CHF), Chronic Kidney Disease , among others. In most cases, risk factors for CVD are poorly controlled by non-adherence to treatment both pharmacological and non-pharmacological, inadequate treatment, the disease itself ignorance and its consequences, among others. To this end, we made a review of the recent publications of literature decade, the Virtual Health Library, the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information, the International Literature on Health Sciences, the Scientific Electronic Library Online Virtual Library and Education Center in Public Health. Knowing the great morbidity and mortality caused by cardiovascular diseases, an action plan was proposed with a view to better control of those conditions, through the patient's awareness, the family and the health team, in order to provide better guidelines and conditions for treatment, change in lifestyle, ensuring improvements in health and quality of life of these patients.

Keywords: Primary Health Care Elderly. Hypertension. Diabetes Mellitus. Heart disease. Cardiovascular diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
5.1 Fatores de risco para doenças cardiovasculares	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
6.2 Explicação do problema.....	19
6.4 Operação dos “nós críticos”	21
6.5 Identificação dos recursos críticos	24
6.6 Análise de viabilidade.....	24
6.7 Elaboração do plano operativo.....	26
6.8 Gestão do plano	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis para doenças cardiovasculares (DCV) e um dos mais temíveis problemas de saúde pública. Tem alta prevalência e baixas taxas de controle na população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Aproximadamente 7,6 milhões de mortes no mundo em 2001 foram atribuídas à altos índices pressóricos, sendo 54% por acidente vascular encefálico (AVE), 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e grande parte em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país a principal causa de morte têm sido as DCV. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (BRANDAO; ANDRÉA *et al.*, 2010) .

Existe relação direta da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% em indivíduos acima de 65 anos, por isso é de grande importância, o diagnóstico precoce e controle desta condição (CESARINO; CLAUDIA, *et al.*, 2008).

Outro fator de risco para DCV é o *Diabetes Mellitus*, que vem se manifestando cada vez mais em maior número de indivíduos e precocemente. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035 (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2014-2015, 2015).

Mais uma vez, com o aumento da idade há incremento no número de diabéticos, como mostra o Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil, que evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (MORAES; FREITAS; GIMENO; ONDINI, 2010).

Outros fatores preocupantes em relação às DCV são as dislipidemias, a obesidade e o sobrepeso. Segundo Garcez (2014), no Brasil, entre 1975 e 2009, o sobrepeso em homens e mulheres aumentou, respectivamente, de 18,5 para 50,1% e de 28,7 para 48%, e a prevalência de obesidade, na população adulta, aumentou de 2,8 para 12,4% nos homens e de 8,0 para 16,9% nas mulheres, fenômeno também observado na população idosa.

Associado ao aumento do sobrepeso e obesidade há um incremento no número de casos de dislipidemias. A má alimentação e o sedentarismo são apontados como grandes responsáveis por essas mudanças no perfil populacional (GARCEZ, 2014).

No Município de Itajubá a realidade em relação aos fatores de risco para DCV não é diferente, bem como na Zona Rural, onde se desenvolveu o projeto de intervenção, mostrando grande prevalência desses agravos também na população da Zona Rural, especialmente na população idosa.

O município de Itajubá foi fundado em 19 de março de 1819. Está localizado no Sul do Estado de Minas Gerais. Ocupa uma área de 290,45 Km² de extensão, com população de 90.812 habitantes. Possui 70,70Km² de área urbana e 219,75Km² de área rural.(IBGE, 2015)

A cidade tem sua economia baseada tanto na indústria, como na agropecuária, e conta com várias universidades que também dão grande contribuição para a cidade.

Em uma parte da área rural do município de Itajubá se encontra o ESF da Zona Rural II, Ponte de Santo Antônio. O ESF da Zona Rural II surgiu primeiramente como UBS, em 1986, sendo que há dez anos, se tornou um PSF, hoje, denominado ESF. Fazem parte da área abrangência, seis bairros, distantes entre si, que são: Freire, São Pedro, Ponte Santo Antônio, Canta Galo, Estância e Pedra Preta.

A equipe do ESF Ponte de Santo Antônio é composta por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), duas técnicas em enfermagem, uma enfermeira e uma médica. Não existe apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

As famílias vivem parte do trabalho com a agropecuária, principalmente com a pecuária de gado leiteiro, uma menor parcela com a agricultura, e parte trabalha na Zona Urbana em indústrias ou no comércio. Boa parcela da população tem situação socioeconômica desfavorável, porém sem a grande dimensão encontrada nos grandes centros brasileiros.

A população possui água encanada, porém não tratada, fazendo uso de água de mina. Não possui também tratamento de esgoto, que por sua vez é escoado para o rio. Possui coleta de lixo, uma vez por semana, e nos bairros mais distantes a cada 15 dias.

As casas são em sua totalidade de alvenaria, a maior parte com boas condições de moradia. Existe uma escola no bairro Ponte de Santo Antônio que contempla os outros cinco bairros da área de abrangência, e atende desde o pré-escolar até a quarta série. Para as séries subsequentes, as crianças, adolescentes e jovens se deslocam até a Zona Urbana da cidade de Itajubá. Não existe serviço de creche.

Em relação à saúde, a referência hospitalar mais próxima fica na Zona Urbana de Itajubá, porém os bairros são assistidos com atendimento médico uma vez por semana em cada bairro, acompanhamento de enfermagem e dos ACS, visitas domiciliares médicas e da enfermagem para os acamados e restritos ao lar, além do atendimento de demanda, seja médico ou de enfermagem, quando necessário, na Unidade Central e nos bairros.

São cadastradas na área 2151 pessoas. Temos nos seis bairros rurais assistidos na Unidade de Saúde do ESF Ponte de Santo Antônio um panorama semelhante entre os bairros.

Existe um grande número de hipertensos, diabéticos, tabagistas e dependentes de benzodiazepínicos, sendo cadastrados 339 hipertensos e 105 diabéticos, a maioria destes, idosos. Estes perfazem a maior parte dos pacientes que são atendidos pela ESF.

O número de idosos hipertensos e diabéticos é alarmante. Temos 153 idosos cadastrados, sendo que destes, 112 apresentam HAS ou DM, 32 destes apresentam as duas condições (DM e HAS). Apenas 41 idosos não apresentam HAS ou DM. A maioria dos idosos é sedentária, grande parte se encontra acima do peso e há um número muito significativo de dislipidêmicos nessa população.

Diante dessa realidade, o presente estudo visa a elaboração de um plano de ação visando o controle dos fatores de risco para as DCV, através da orientação adequada, tanto para os pacientes, como para os familiares, a respeito do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e do incentivo para hábitos de vida saudáveis, sendo estes cruciais para a prevenção e promoção em saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Estima-se que em 2050, a população brasileira, acima de 60 anos de idade será de aproximadamente 64 milhões de indivíduos, 29,7% da população total do país, (BRITO, 2008).

Com o incremento no número da população idosa, progressivamente vêm se observando o aumento da prevalência e da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas ao aparelho cardiovascular, com grande ônus para os serviços públicos de saúde (MORAES, 2006).

Uma vez que é evidente o rápido crescimento da população idosa, é de fundamental importância conhecer as questões a ela inerentes, como as doenças mais prevalentes e as causas mais relevantes de morbimortalidade. Assim, pode ser possível fazer a prevenção das DCNT por meio da intervenção nos fatores de risco, através de programas e ações preventivas (VERAS, 2009).

Na equipe de saúde da Estratégia saúde da Família Ponte Santo Antônio os idosos são notadamente a maioria da população que frequenta a unidade. Diante disso, seria de grande importância abordar os aspectos relacionados à saúde dessa população.

Na área de abrangência da ESF é grande o número de idosos hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos e tabagistas.

Devemos ainda lembrar que essa população está inserida em um meio rural, e isso também deve ser levado em consideração na abordagem da saúde para essa população, devido às suas peculiaridades.

Há resistência por parte dessa população à mudanças nos hábitos de vida, como prática de atividade física, cessação do tabagismo, realização de exames preventivos, não estando muito abertas às mudanças no estilo de vida, necessárias para a promoção e restabelecimento da saúde. Além disso, há ainda a não

aderência correta ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, até mesmo por não saberem ler, ou simplesmente, por não lembrarem os horários corretos de tomar as medicações.

Para trabalhar com essa população, as famílias dos mesmos devem ser envolvidas, pois muitas vezes o idoso não tem condições de se cuidar sozinho, ou não acredita que certas medidas são necessárias para a promoção de sua saúde.

Para uma abordagem adequada, faz-se necessário o trabalho de toda a equipe, contribuindo nos grupos de educação em saúde, orientações nas consultas médicas e de enfermagem, orientações nas salas de espera, com foco na conscientização da família para que o idoso seja bem assistido em todos os aspectos, para prevenção de agravos e da promoção à saúde.

Buscar a promoção da saúde e a prevenção de agravos, numa população que se encontra cada dia em maior número e mais vulnerável em relação aos fatores desencadeantes das DCV é de extrema importância, e justifica a relevância deste trabalho.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção voltada para a redução e o controle dos fatores de risco de doenças cardiovasculares da população idosa atendida no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, localizado no Município de Itajubá/MG.

4 METODOLOGIA

A finalidade do projeto de intervenção será a realização de ações pré-estabelecidas, para o levantamento dos idosos com fatores de risco para doenças cardiovasculares residentes o território da unidade de saúde da família. O diagnóstico situacional realizado por meio da estimativa rápida orientada pela disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) nos permitiu identificar os principais problemas existentes na comunidade e fazer a priorização daquele que seria o objeto deste estudo.

Para levantar as evidências já existentes sobre o tema foi realizada uma pesquisa bibliográfica onde foram analisadas as publicações dos últimos nove anos, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Literatura Internacional em Ciências da Saúde, do *Scientific Electronic Library Online* e na biblioteca do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

A pesquisa foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Atenção Primária à Saúde.

Idosos. Hipertensão.

Diabetes Mellitus.

Doenças Cardiovasculares-

Os critérios de exclusão foram as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Fatores de risco para doenças cardiovasculares

Nas últimas décadas a doença cardiovascular é reconhecida mundialmente como a maior causa de morbidade e de mortalidade (LERARIO; WAJCHENBERG; BETTI, 2009).

Dentro de sua multicausalidade, os principais fatores de risco para essa afecção são obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes e tabagismo, e estes, têm na maioria das vezes, origem na infância e adolescência, apresentando sua forma clínica por meio de doenças e comorbidades na vida adulta (MENDES *et al.*, 2006).

Um estudo clássico na detecção de risco cardiovascular, o *Bogalusa Heart Study*, salienta que o estilo de vida e hábitos pessoais que influenciam no aparecimento de doenças cardiovasculares são adquiridos em fases precoces da vida e perduram por toda vida, levando ao aparecimento de doenças cardiovasculares que poderiam ser potencialmente evitáveis (BERENSON *et al.*, 1991).

No Brasil, as doenças cardiovasculares têm grande impacto na saúde pública pelos gastos públicos onerosos, pois grande parte da população tem a chamada síndrome metabólica, que é um transtorno complexo representado por alterações do metabolismo dos glicídios, dislipidemia, obesidade abdominal, hipertensão arterial, resistência a insulina e distúrbios da coagulação. A sua importância do ponto de vista epidemiológico é muito grande, uma vez que leva ao aumento, em até 2,5 vezes, da mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2015).

O mais importante fator de risco para a doença cardiovascular é a hipertensão arterial sistêmica, na maioria das vezes causada por fatores ambientais modificáveis. No mundo inteiro é observada a alta prevalência de HAS. Pesquisas realizadas na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá mostraram altas taxas de HAS, sobretudo na população idosa – entre 30% e 35%. Em estudo realizado para saber a prevalência de HAS no Brasil, entre os anos de 2006 e 2010, foi identificada uma

percentagem de hipertensos acima de 55% da população idosa em todas as regiões geográficas (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Outro fator muito importante na gênese das doenças cardiovasculares consiste no uso do tabaco e do álcool. O controle do tabagismo é uma das medidas que do ponto de vista da saúde coletiva, provocaria maior impacto na redução das taxas de morbimortalidade das doenças cardiovasculares. Um estudo realizado em 27 cidades do Brasil encontrou 8,70% de tabagistas atuais com 60 anos ou mais. O tabagismo tem sido responsável por mais de cinco milhões de mortes evitáveis no mundo ao ano. Em relação ao uso de álcool, estima-se que 10% da população idosa faz consumo de álcool, sendo esse hábito mais comum entre o sexo masculino. (SANTOS *et al.*, 2015).

Bem como o etilismo e o tabagismo, o sedentarismo também é responsável por inúmeras doenças crônicas que acometem os idosos, especialmente as cardiovasculares, sendo a inatividade física responsável pela quarta principal causa de morte no mundo (KOHL *et al.*, 2012).

Outros fatores de grande impacto na saúde populacional, e de alta prevalência, especialmente na população idosa, são as dislipidemias, o sobrepeso e a obesidade. Em um estudo realizado numa amostra populacional do município São Paulo, foi identificado dislipidemia em 59,74% da população, além de grande incremento no número de pessoas com sobrepeso e obesidade. O padrão dietético contemporâneo, com elevado consumo de gorduras totais, colesterol, açúcar e o baixo teor de fibra alimentar, e o estilo de vida sedentário são fatores que contribuem para o aumento das dislipidemias, e conseqüentemente das DCV (GARCEZ, 2014).

Podemos, a partir desses fatos, afirmar que grande parte das doenças crônicas que acometem o ser humano é dada pelo estilo de vida adotado por ele, que mudou drasticamente, tornando-o sedentário, à base de uma dieta hipercalórica e de hábitos prejudiciais, como o uso do tabaco e do álcool (LEANDER, 2001).

Sabendo que os melhores resultados para controle das afecções cardiovasculares são realizados com programas direcionados às mudanças de hábitos e estilo de vida

é de grande valor a elaboração de estratégias de prevenção e combate ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares e suas sequelas, numa população que já é mais vulnerável a essas afecções, e que através de medidas no estilo de vida, podem obter melhora da qualidade de vida, saúde física e mental (SANTOS *et al.*, 2015).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do problema

Para a resolução de um problema não basta identificar o mesmo e priorizá-lo. Faz-se necessário sua compreensão, descrição e caracterização, de forma a compreender os aspectos a ele inerentes, como a realidade que o envolve e a sua dimensão. É crucial também, a quantificação do problema, pois assim, podem ser obtidos indicadores que avaliam os resultados alcançados pelo plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em relação ao problema identificado no ESF da Zona Rural II, podemos afirmar que o risco cardiovascular aumentado, especialmente na população idosa, é o principal problema.

Os dados das estatísticas da saúde vêm demonstrando que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no país. Devido a isso, atribui-se sua grande importância, pois a atuação preventiva pode evitar desfechos desfavoráveis (LERARIO; WAJCHENBERG; BETTI, 2009).

Na ESF da Zona Rural II, temos 339 hipertensos cadastrados, representando 15,9% da população adstrita, que são 2.124 pessoas.

Temos também no território 100 diabéticos cadastrados, sendo 23 destes insulín dependentes.

Um dado preocupante é o número de idosos hipertensos e diabéticos no território da unidade. Temos 153 idosos cadastrados, sendo que destes, 112 apresentam HAS ou DM, 32 apresentam as duas condições (DM e HAS). Apenas 41 idosos não apresentam HAS OU DM.

Para facilitar o processo de descrição, o quadro 1 reúne descritores, valores e fontes relacionados ao problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da

população cadastrada no Programa Saúde da Família Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Quadro 1 - Descritores, valores e fontes relacionados ao problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

DESCRITORES	VALORES	FONTE
Indivíduos cadastrados na unidade	2151	Registro da equipe do ESF
Hipertensos cadastrados	339	Registro da equipe do ESF
Hipertensos confirmados	339	Registro da equipe do ESF
Diabéticos cadastrados	105	Registro da equipe do ESF
Diabéticos confirmados	105	Registro da equipe do ESF
Total de Idosos	153	Registro da equipe do ESF
Idosos Hipertensos ou diabéticos	112 (73% da população idosa)	Registro da equipe do ESF
Idosos Hipertensos e diabéticos	32 (20,9% da população idosa)	Registro da equipe do ESF

6.2 Explicação do problema

A avaliação em saúde reflete as práticas e processos desenvolvidos na esfera dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático. Não é exclusivamente um de natureza técnica, sendo um processo de negociação entre os atores sociais que participam da ação. Hartz (1999) comenta que é de fundamental importância a participação democrática de todos os atores envolvidos no processo de trabalho.

Os fatores de risco para Doenças Cardiovasculares são multifatoriais, porém os fatores modificáveis têm sua gênese nos hábitos e condições de vida dos indivíduos. Devido à baixa escolaridade, condições econômicas desfavoráveis, falta de autoconhecimento e de informação dos aspectos inerentes à própria doença, podem acarretar situações onde muitos indivíduos não possuem hábitos de vida saudáveis, o que piora o prognóstico daqueles que já possuem algum problema de saúde, e

levam outros previamente saudáveis a adquirir fatores de risco para doenças, como as cardiovasculares.

Diante da população idosa, que é mais vulnerável aos agravos provocados por essas doenças, as intervenções devem ser ainda mais priorizadas, visando o controle das doenças de base e a prevenção das DCV como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, deficiência visual, insuficiência arterial e óbito precoce.

Diante de tal realidade, é necessário medidas que alterem o modelo assistencial em saúde, visando à prevenção de agravos, priorizando a educação em saúde, promovendo melhoras no acompanhamento e cuidado do paciente idoso, através do estímulo do autoconhecimento, envolvimento maior da família, e incentivo aos hábitos saudáveis de vida.

6.3 “Nós críticos” selecionados

A seleção dos “nós críticos” é importante para a elaboração do plano de intervenção. Os “nós críticos” são as raízes dos problemas a serem enfrentados e a intervenção nesses “nós” deve estar ao alcance da equipe, e isso leva a impactos e transformações definitivas no problema enfrentado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram considerados como “nós críticos” os seguintes problemas: Hábitos e estilos de vida não saudáveis; Renovação da visão e processo de trabalho da equipe; Falta do apoio familiar.

Quando existem falhas relacionadas ao serviço de saúde, bem como a falta de informação, baixa escolaridade e compreensão, falta de aderência ao tratamento, pouco ou ausência do apoio familiar, associado a hábitos e estilo de vida não saudáveis, há o incremento do número de pacientes expostos aos fatores de risco, o que leva a um aumento da vulnerabilidade dos idosos em relação às doenças cardiovasculares.

6.4 Operação dos “nós críticos”

Após a identificação dos “nós críticos”, é proposto ações para a resolução, e espera-se obter os resultados através dos produtos gerados com a utilização dos recursos necessários (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizado o esquema de operações para os “nós críticos” do problema dos fatores de risco para DCV na população idosa, como mostra o quadro 2.

Quadro 2 - Esquema de operações para os “nós” críticos do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida	<p><u>Saúde em movimento</u></p> <p>Modificar os estilos de vida com a adoção de práticas saudáveis, e deixar de lado as práticas não saudáveis.</p>	<p>Redução nos índices pressóricos, glicêmicos, redução das dislipidemias e redução de peso;</p> <p>Melhoria na qualidade de vida.</p> <p>Cessaçao do alcoolismo, tabagismo, estresse, e má alimentação.</p>	<p>Caminhadas e Grupos de ginástica e oficinas sobre alimentação saudável, mostrando que é possível uma alimentação saudável e gostosa.</p>	<p>Organizacional: organização das caminhadas e dos grupos de ginástica</p> <p>Cognitivo: informação sobre o tema</p> <p>Mobilização da equipe para incentivo divulgação</p> <p>Intersetorial</p> <p>Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.</p>
Renovação da visão e processo de trabalho da equipe.	<p><u>Novo olhar</u></p> <p>Ver o paciente como um todo, e centrar o modelo de atenção no indivíduo, e não na doença</p>	<p>Mudança do paradigma da inércia, e de que não é possível mudanças.</p> <p>Cuidado Continuado específico dos pacientes</p>	Educação Permanente.	<p>Organizacional: reuniões de equipe voltadas para essa finalidade. Cognitivo: conhecimento sobre a mudança de paradigma.</p> <p>Intersetorial</p> <p>Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.</p>

<p>Falta de Apoio Familiar</p>	<p><u>Ajudando a ajudar</u> Trazer á família para a realidade do paciente, e mostrar a necessidade do apoio familiar para o sucesso no tratamento dos pacientes.</p>	<p>Melhora na saúde e qualidade de vida dos pacientes, através do uso correto das medicações, alimentação mais saudável, e realização de atividade física.</p>	<p>Reuniões, “rodas” com os pacientes e familiares para discussão do tema do cuidado dos pacientes idosos com fatores de risco para doenças cardiovasculares, para obter o apoio familiar, que é crucial para o paciente, tanto para melhora, como para prevenção de agravos</p>	<p>Organizacional: reuniões, grupos com população para esse fim. Cognitivo: Aquisição de conhecimento sobre a temática, e transmissão do conhecimento à população al Intersetorial Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.</p>
--------------------------------	--	--	--	--

6.5 Identificação dos recursos críticos

Para a execução do projeto de intervenção, faz-se necessário a identificação dos recursos críticos disponíveis ou não, que são fundamentais na implementação da operação, de forma que possa buscar recursos para viabilizar a ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro 03, foram resumidos os recursos críticos de cada operação.

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saúde em movimento	Organizacional: organizar espaços na agenda da equipe para as ações dos grupos de atividade física e oficinas de alimentação saudável . Político: recursos físicos, ambientais e materiais.
Novo olhar	Organizacional: instituir a prática da educação permanente dos membros da equipe, de forma a mudar a visão centrada na doença, e para a abordagem do paciente como um todo. Político: recursos físicos, ambientais e materiais.
Ajudando a ajudar	Organizacional: adequação da agenda da equipe para realização de grupos com as famílias dos pacientes que necessitam de auxílio para maior efetividade no tratamento e para prevenção de agravos. Político: recursos físicos, ambientais e materiais.

6.6 Análise de viabilidade

Para a análise da viabilidade do plano de ação é preciso identificar os atores controladores dos recursos críticos. Para saber o grau de motivação dos atores, em

relação aos fins almejados, é feita uma análise onde seja estabelecido o grau de motivação desses atores, procurando apresentar ações estratégicas para a mobilização dos mesmos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, o quadro 4 mostra as propostas de ações estratégicas para motivação dos atores do plano de intervenção.

Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator-controle	Motivação	
Saúde em movimento	Organizacional: Reelaboração da agenda da equipe;	Equipe da Estratégia Saúde da Família	Favorável.	Motivação da população pela equipe do ESF e apresentar o projeto buscando o apoio da secretaria de saúde com os materiais necessários para a execução das atividades.
	Político: Recursos físicos e materiais.	Secretaria de Saúde.	Indiferente.	
Novo olhar	Organizacional: reelaboração da agenda da equipe. Reuniões de equipe com a finalidade de educação permanente.	Equipe da Estratégia Saúde da Família.	Favorável.	Apresentação do projeto

Ajudando a ajudar	Organizacional: adequação da agenda para realização dos grupos	Equipe da Estratégia da Saúde da Família .	Favorável.	Motivação da população pela equipe do ESF e apresentar o projeto buscando o apoio da secretaria de saúde com os materiais necessários para a execução das reuniões com a população.
	Político: Secretaria de Saúde para planejamento dos gastos de recursos áudio visual e despesas com o “café” para o grupo	Secretaria de Saúde.	Indiferente.	

6.7 Elaboração do plano operativo

No plano operativo temos o estabelecimento daqueles que irão executar e estabelecer prazos para a execução dos projetos e das operações estratégicas, havendo uma pessoa que será o gerente, ou seja, responsável pelo acompanhamento da execução das ações definidas. Este irá garantir a execução das ações e o bom andamento do projeto de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 5 define a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 5 - Plano operativo para enfrentamento do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Operação	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p><u>Saúde em movimento</u></p> <p>Modificar os estilos de vida com a adoção de práticas saudáveis, e deixar de lado as práticas não saudáveis.</p>	<p>Redução nos índices pressóricos, glicêmicos, redução das dislipidemias e redução de peso;</p> <p>Melhoria na qualidade de vida.</p> <p>Cessaçãõ do alcoolismo, tabagismo, estresse, e má alimentação.</p>	<p>Caminhadas e Grupos de ginástica e oficinas sobre alimentação saudável, mostrando que é possível uma alimentação saudável e gostosa.</p>	<p>Motivação da população pela equipe do ESF e apresentar o projeto buscando o apoio da secretaria de saúde com os materiais necessários para a execução das atividades.</p>	<p>Equipe da ESF, principalmente ACS</p>	<p>Início em um mês.</p>
<p><u>Novo olhar</u></p> <p>Ver o paciente como um todo, e centrar o modelo de atenção no indivíduo, e não na doença</p>	<p>Mudança do paradigma da inércia, e de que não é possível mudanças . Cuidado Continuado específico dos pacientes.</p>	<p>Educação Permanente</p>	<p>Apresentação do projeto</p>	<p>Equipe da ESF, principalmente médica e enfermeira</p>	<p>Imediato.</p>

<p><u>Ajudando a ajudar</u></p> <p>Trazer á família para a realidade do paciente, e mostrar a necessidade do apoio familiar para o sucesso no tratamento dos pacientes.</p>	<p>Melhora na saúde e qualidade de vida dos pacientes, através do uso correto das medicações, alimentação mais saudável, e realização de atividade física..</p>	<p>Reuniões, “rodas” com os pacientes e familiares para discussão do tema do cuidado dos pacientes idosos com fatores de risco para doenças cardiovasculares, para obter o apoio familiar, que é crucial para o paciente, tanto para melhora, como para prevenção de agravos</p>	<p>Motivação da população pela equipe do ESF e apresentar o projeto buscando o apoio da secretaria de saúde com os materiais necessários para a execução das reuniões com a população</p>	<p>Equipe da ESF, principalmente médica e enfermeira</p>	<p>Início em um mês.</p>
--	---	--	---	--	--------------------------

6.8 Gestão do plano

A gestão do plano é fundamental para o sucesso do processo de planejamento, uma vez que não é suficiente ter os recursos demandados em mãos, e ter um plano de ação bem elaborado. É necessária uma gestão que seja estruturada para coordenar e acompanhar a execução das operações, corrigindo eventuais erros e fazendo bom uso dos recursos. Da gestão, depende o sucesso de um plano

Os Quadros a seguir sintetizam a situação do plano de ação após o início do projeto para enfrentamento do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Quadro 6 - Gestão do plano: operação saúde em movimento, projeto para enfrentamento do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Operação: Saúde em movimento.			
Coordenação: Equipe			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Providência do espaço físico.	Enfermeira da ESF.	1 mês.	Existente em cinco, dos seis postos assistidos pela equipe do ESF
Providência de materiais como colchonetes, aparelho de som para as atividades de ginástica; Camisetas para atividades físicas. Providencia de espaços adequados para as "oficinas" sobre alimentação saudável.	Enfermeira da ESF	1 mês.	Aparelho de som e camisetas já existentes. Será visto a possibilidade de adquirir colchonetes junto á secretaria de saúde, ou em parceria com a secretaria de educação.
Comunicação à população específica e aos interessados.	Equipe da ESF, principalmente Agentes Comunitárias de Saúde.	1 mês.	Aguardando início..

Quadro 7 - Gestão do plano: operação novo olhar, projeto para enfrentamento do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Operação: Novo olhar			
Coordenação: Equipe da ESF			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Reuniões para educação permanente para melhor esclarecimento sobre o ESF e sobre aspectos das doenças comuns.	Médico.	Imediato.	Aguardando início.

Quadro 8 - Gestão do plano: operação ajudando a ajudar, projeto para enfrentamento do problema dos fatores de risco para doenças cardiovasculares da população idosa cadastrada no Programa Saúde da Família ESF Zona Rural II, do Bairro Ponte de Santo Antônio, Município de Itajubá/MG, 2015.

Operação: Ajudando a ajudar			
Coordenação: Equipe da ESF			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Adequação da agenda para realização dos grupos com os pacientes e familiares	Médico e Enfermeira.	1 mês.	Aguardando início.
Avaliar o nível de informação da população em questão sobre o risco cardiovascular	Médico e Enfermeira	1 mês.	Aguardando início
Capacitação dos cuidadores e dos ACS sobre as doenças cardiovasculares	Médico e Enfermeira	1 mês.	Aguardando início
Incentivo à participação da população	Equipe ESF; ACS	1 mês.	Aguardando início
Colaboração da secretaria de saúde/ prefeitura com recursos financeiros, audiovisuais.	Enfermeira	1 mês.	Aguardando início

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente estudo, embasado na revisão de literatura e no projeto de intervenção elaborado, pode ser verificado que a prevenção das doenças cardiovasculares, especialmente numa população vulnerável como a idosa, deve ser trabalhada sistematicamente na atenção primária, através do incentivo a hábitos de vida saudáveis, do seguimento correto da prescrição medicamentosa e da incorporação de atividades físicas.

Esse trabalho envolve a conscientização da própria equipe, que através da educação continuada, pode obter ferramentas e recursos para abordar a população alvo; estimulação da família para auxiliar o paciente na realização correta dos tratamentos farmacológicos ou não, com o estímulo para modificação do estilo de vida, buscando uma alimentação saudável, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo e etilismo, dentre outros.

Dessa forma, é possível prevenir inúmeras complicações da DCV, garantindo promoção da saúde e qualidade de vida para essa população.

REFERÊNCIAS

BERENSON, G. S. *et al.* Cardiovascular risk in early life: the Bogalusa Heart Study. *Current concepts*.v.43,n2 p. 41-53, 1991.

BRANDAO, A. A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo. v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Est Pop.** V.25, n.1, p. 5-26, 2008.

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

CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.91, n.1, p. 31-35, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2009, 68p.

GARCEZ, M. R. *et al.* Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, v. 103, n. 6, p. 476 - 484, 2014.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX . **Rev. bras. Cienc. Soc.** v. 21, n. 61, p. 177-190 São Paulo jun. 2006

GRAÇA, L. **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica.** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa, 1996. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais.* Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 341-353,1999.

IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS,2015.

KOHL, H. W. *et al.* The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**. v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

LEANDER, K. *et al.* Family history of coronary heart disease, a strong risk factor for myocardial infarction interacting with other cardiovascular risk factors: results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). **Epidemiology**. v. 12, n. 2, p. 215-221, 2001.

LERARIO, A. C.; BETTI, R. T. B.; WAJCHENBERG, B. L. O perfil lipídico e a síndrome metabólica. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo. v. 55, n. 3, p. 232-233, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. v.15, n.5, p. 25-27, 2010.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L.. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

MENDES, M. J.F. L.; ALVES, J. G. B.; ALVES, A. V.; SIQUEIRA, P. P.; FREIRE, E. F. C. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais .**Rev. bras. saúde matern. infant.** V. 6, (supl.1), p. s49-s54, 2006.

MORAES, J. C.. SUS: um amplo espectro de atuação. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. v.15, n.3, p. 24-25, 2014,

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L.. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.26, n.5, p. 929-941, 2010;

RIBEIRO, Renata Perfeito et al . Prevalência da Síndrome Metabólica entre trabalhadores de Enfermagem e associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto. v. 23, n. 3, p. 435-440, June 2015.

SANTOS, Á. S. *et al.* Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 2, n. 1, p. 6, 2015.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A. C. D. **Atenção centrada na pessoa**. Belo Horizonte, Mimeo, 2013.

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

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** [online]., v.43, n.3, p. 548-554, 2009.

VIANA, A. L. d'Avila. A América Latina no contexto de reformas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Disponível em: <http://www.paho.org/English/HDP/HDR/CAIS-02-Viana-ARTIGOAL.pdf>