

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EDGARDO QUIROGA LAVAÑINO

O EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO SOBRE
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE OS PACIENTES DA AREA DE
ABRANGENCIA DA ESF DE SANTA RITA

BELO HORIZONTE

2015

EDGARDO QUIROGA LAVANINO

O EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO SOBRE
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE OS PACIENTES DA AREA DE
ABRANGENCIA DA ESF DE SANTA RITA

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

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

BELO HORIZONTE

2015

EDGARDO QUIROGA LAVANINO

O EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO SOBRE
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE OS PACIENTES DA AREA DE
ABRANGENCIA DA ESF DE SANTA RITA

Banca Examinadora

Profa. Anadias Trajano Camargos – orientadora

Profa. SelmeSilqueira Matos – membro da banca

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/2015

BELO HORIZONTE

2015

Vive como se você fosse morrer amanhã e aprende como se fosse viver sempre...

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

A minha família por ser a força motriz em todo quanto tento transformar.

A minha equipe de saúde por amar tudo o que fazem e por todos os esforços que no dia a dia compartilhamos de modo tão responsável por uma comunidade mais saudável e comprometida com o cuidado da sua saúde.

A todos, muito obrigado

RESUMO

Considerando a atualidade em quanto a elevada morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares tanto no mundo como no Brasil; nossa equipe de saúde da Unidade Básica de Santa Rita, município de Santa Luzia em Minas Gerais, realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência. Nela observou-se elevada incidência e prevalência dos fatores de risco cardiovascular, a maioria deles modificáveis. Partindo deste conhecimento decidimos elaborar uma proposta de intervenção educativa para melhorar o nível de conhecimento sobre fatores de risco e as doenças cardiovasculares em pacientes adultos em nossa área. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional, revisão de literatura e desenvolvimento dum plano de ação. Neste estudo foram encontrados os seguintes nós críticos: falta de conhecimento da população sobre os fatores de risco cardiovascular, hábitos de vida inadequados, infra-estrutura insuficiente dos serviços de saúde assim como processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado. Sobre esta base foram desenvolvidos vários temas educativos para ser aplicados a través de projetos criados tais como: “Mais informados” para aumentar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de riscos cardiovasculares, “Mais Saudáveis ” para modificar hábitos e estilos de vida, “Saúde Confortável” para melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com fatores de riscos cardiovasculares e “Cuidando de Você” para implantar a linha de cuidado para atenção à pacientes com fatores de risco cardiovascular melhorando de esta forma o processo de trabalho da equipe. Consideramos este trabalho de muita importância no aporte de experiências no trabalho da equipe, pode servir como ponto de partida e motivação para futuros estudos nesta temática por outros profissionais da saúde e contribui a melhorar a o estado de saúde de nossa comunidade.

Palavras chave: Fatores de risco cardiovascular, hábitos de vida, atenção primária, fatores de risco cardiovascular.

ABSTRACT

Considering the present as in the high morbidity and mortality from cardiovascular diseases both in the world and in Brazil; Our health team Basic Unit of Santa Rita, municipality of Santa Luzia in Minas Gerais, conducted the situation analysis of the coverage area. It was observed high incidence and prevalence of cardiovascular risk factors, most of them modifiable. Based on this knowledge we decided to prepare a proposal for educational intervention to improve the level of knowledge about risk factors and cardiovascular disease in adult patients in our area. The methodology was performed in three steps: realization of situational diagnosis, literature review and development of a plan of action. In this study the following critical nodes were found: lack of knowledge of the population about cardiovascular risk factors, inadequate living habits, insufficient infrastructure of health services as well as health team working process of inappropriate family. On this basis it has been developed various educational themes to be applied to projects created beams such as "better informed" to increase the population's level of knowledge about cardiovascular risk factors, "Healthier" to change habits and lifestyles, "Health Comfortable" to improve the structure of the service for the care of patients with cardiovascular risk factors and "Caring for You" to deploy the type of care for attention to patients with cardiovascular risk factors improved in this way the work process team. We consider this work very important contribution in the experiences of team work, can serve as a starting point and motivation for future studies on this topic by other health professionals and helps to improve the health status of our community.

Key words: Cardiovascular risk factors, lifestyle, primary care, cardiovascular risk factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica	15
5.2. Diabetes Mellitus	16
5.3. Tabagismo	18
5.4. Alcoolismo	18
5.5. Obesidade	19
5.6. Sedentarismo	20
5.7. Maus hábitos dietéticos	21
5.8. Hiperlipoproteinemia	21
5.9 Arterioesclerose	22
5.10 Estresse	22
6. PLANO DE AÇÃO	24
6.1. Primeiro passo: definição dos problemas	24
6.2. Segundo passo: priorização de problemas.....	24
6.3. Terceiro passo: descrição do problema selecionado	25
6.4. Quarto passo: Explicação do problema	25
6.5. Quinto passo: seleção dos no críticos	25
6.6. Sexto passo:desenho das operações	25
6.7. Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	26
6.8.Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.....	27
6.9.Noveno passo: elaboração do plano operativo.....	28
6.10. Décimo passo: gestão do plan.....	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
8 REFERENCIAS	33
9.APÊNDICE.....	36

1 INTRODUÇÃO

O trabalho foi desenvolvido na unidade de saúde denominada de Santa Rita, município de Santa Luzia, Minas Gerais. Cem por cento da população do município são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que está integrado por: um hospital geral, 41 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em de 24 Postos de Saúde da Família (PSF), um Pronto Atendimento, um centro de Saúde Mental, um Centro Viva Vida para atendimento pediátrico e ginecobiétrico, um centro HIPERDIA para orientação e tratamento de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e um centro de Atenção à Saúde Bucal para acompanhamento odontológico.

A equipe de saúde da família está composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 4 agentes comunitárias de saúde (ACS). Além disso, contamos com 01 auxiliar de serviços gerais e 01 recepcionista, brindando atendimento a uma população de abrangência da equipe é de 12.000 habitantes.

O espaço físico compreende: a recepção, consultório médico, consultório de enfermeira, sala de enfermagem, de curativo, de vacina, sala para Agentes Comunitários de Saúde, sala de espera dos pacientes, cozinha e área de serviço.

A realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Santa Rita possibilitou identificar indicadores de morbi-mortalidade importantes relacionados com: diferentes problemas, os quais por ordem de prioridade são: elevado número de hipertensos, alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM), cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, alta incidência de dislipidemias, maus hábitos alimentares, elevado número de fumantes, obesos e sedentários; alta incidência de distúrbios mentais, estresse e alto consumo de álcool.

Na sociedade ocidental a ocorrência de doenças cardiovasculares atinge a quase totalidade das pessoas, e tem se tornado cada vez mais precoce. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são consideradas a primeira causa de morte no Brasil e são responsáveis por 30% de todos os óbitos.

Os fatores de riscos cardiovasculares são condições que podem ocasionar doenças no coração, nas artérias ou nas veias e têm se tornado uma preocupação para saúde pública, devido ao grande número de óbitos e complicações e o grande gasto que estas patologias trazem aos cofres públicos, sendo considerada a principal causa de gasto com assistência médica pelo SUS.

De acordo com as projeções da OMS, o aumento da incidência de doença cardiovascular tende a persistir principalmente em países em desenvolvimento. Essa elevação é consequência da adoção dos modos de vida com maior exposição a fatores de risco cardiovascular (FRC).

Os fatores de risco considerados mais importantes são aqueles que apresentam alta prevalência na população, podendo ser divididos em não modificáveis, ou seja, associados com a história familiar e intra-uterina, genética e modificações fisiológicas, como a idade, sexo, fatores genéticos, cor da pele entre outros.

No outro grupo, os modificáveis, sobre os quais é possível atuar encontram-se: a persistência de hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, aumento do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, cada vez mais presente na sociedade, aumentou os fatores de risco de doenças cardiovasculares.

Ressalta-se que um dos fatores de risco modificável importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, é o estresse. O estresse é um fenômeno psicobiológico composto por três elementos: os estressores, as percepções e as reações emocionais, afeta 90% da população mundial e pode ser definido como a alteração do estado de equilíbrio ou homeostase, esta alteração é uma resposta do organismo a qualquer estímulo.

O estresse pode levar a efeitos degenerativos afetando a função de vários sistemas de órgãos no organismo humano, está relacionado às condições sociais e psicológicas do trabalho e de outras áreas da vida.

Estas áreas englobam o estresse ocupacional, a vida familiar e as relações interpessoais, a dupla jornada de trabalho, a demanda de trabalho elevada e com grande demanda psicológica, a redução de autonomia e da satisfação no trabalho. Seus efeitos, quando muito intensos ou repetitivos, podem ocasionar alterações especialmente nas funções cardiovasculares, assim como nas respiratórias, digestivas, tônus muscular, endócrinas, imunes e neurais. Levando a formação de trombos, a aterosclerose ou a supressão da resposta imunológica causando direta ou indiretamente danos à saúde das pessoas.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica devido ao crescimento de doenças cardiovasculares, as quais tem se representado como uma das principais causas de morte no Brasil e mundo a exemplo a Cardiopatia isquêmica, doenças cerebrovasculares, doenças vasculares periféricas, entre outras.

Estima-se que sete milhões de pessoas morrem a cada ano, acometidos por estas doenças, principalmente, por Infartos e acidentes cerebrovasculares, doenças que acometem a clientela da área de abrangência e que na maioria das vezes evoluíram para óbito, no ano passado; situação de morbi-mortalidade que poderia melhorar se lográramos eliminar os fatores de risco modificáveis com a prática de estilos de vida saudáveis.

Para isso o autor decidiu desenvolver esta proposta de intervenção, visando minimizar os fatores de risco, melhorando o conhecimento da equipe e da população, como outro dos grandes nós críticos detectados durante o diagnóstico situacional da área de abrangência Santa Rita localizada no município de Santa Luzia de Minas Gerais; é desejo também que a proposta seja desenvolvida com os recursos próprios do posto para se obter um grande impacto no estado de saúde dessa população.

3.OBJETIVOS

3.1 -OBJETIVO GERAL

- ❖ Desenvolver uma proposta de intervenção através de ação educativa para melhorar o nível de conhecimento sobre fatores de riscos cardiovasculares em pacientes adultos, da área de abrangência de Santa Rita do município de SantaLuzia de Minas Gerais.

3.2 -OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Estimular mudanças no estilo de vida que permitam diminuir os fatores do risco cardiovascular modificáveis.
- ❖ Estruturar um plano de ação como estratégia para lograr de forma simples um maior nível de conhecimento na mostra populacional selecionada.
- ❖ Avaliar as mudanças ocorridas após a implantação da proposta, no que tange a saúde dos participantes voluntários.

4. METODOLOGIA

Para iniciar a proposta, primeiramente realizamos um diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Santa Rita, com a utilização do método de Estimativa Rápida. Esse método, para a elaboração do diagnóstico situacional que teve a finalidade de obter informações sobre os problemas de saúde e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem gastos elevados, constituindo-se assim,

Após a realização do diagnóstico situacional foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco cardiovascular, estilo de vida e saúde da família, hipercolesterolêmica, Diabetes Mellitus, tabagismo, sedentarismo, malos hábitos dietéticos, alcoolismo, stresse.

Os artigos foram selecionados de acordo com os títulos e os resumos apresentados, na busca eletrônica, nos últimos dez anos. Finalmente, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Antes da aplicação dos tópicos de ensino sobre ação educativa assegurada na proposta intervenção. Durante o primeiro encontro será feito um levantamento para identificar os pontos vulneráveis no nível cognitivo sobre os fatores do risco cardiovascular da clientela.

A partir da análise desses dados, serão direcionados os conteúdos que farão parte da programação, contemplando os dias e horários de cada tema selecionado para execução da proposta de intervenção, com o objetivo de elevar os conhecimentos sobre fatores de riscos cardiovasculares em pacientes maiores de 25 anos, indicados pela equipe. A partir disso, serão selecionadas oito atividades em forma de palestras, com duração de 45 minutos, incluindo-se a medição previa e periódica do peso corporal e da pressão arterial, entre outras, e delas participarão os pacientes selecionados voluntariamente, respeitando-se o desejo do autor, dos participantes e os princípios éticos.

A programação será uma vez por semana, durante dois meses como mínimo e três meses como máximo abordando, de forma simplificada e adequando o vocabulário, os seguintes temas:

Tema 1

Assuntos gerais sobre a proposta. Elaboração de um questionário para registrar o conhecimento dos clientes sobre os fatores de riscos dessas doenças cardiovasculares dando

maior ênfase aos fatores de risco cardiovascular modificáveis e o modo de evitá-los. Introdução sobre a situação atual sobre doenças cardiovasculares no nível mundial, no Brasil, Município Santa Luzia e na UBS Santa Rita.

Tema 2

Hipertensão Arterial. Conceito, sintomas, mecanismo de produção e suas complicações. Dicas higiênico-dietéticas para o seu controle.

Tema 3

Diabetes Mellitus. Conceito, sintomas, principais conseqüências sobre o organismo. Dicas higiênico-dietéticas para um controle metabólico adequado.

Tema 5

Tabagismo e alcoolismo. Conceitos, efeitos e conseqüências nocivas sobre a saúde.

Tema 6

Obesidade e sedentarismo. Conceitos, efeitos negativos e conseqüências sobre a saúde. O como eliminá-la?

Tema 4

Hábitos dietéticos, Hiperlipoproteinemia. Conceitos, efeitos negativos e conseqüências sobre a saúde. O como evitá-la?

Tema 7

Influencia do estresse e de outros fatores não modificáveis como: idade, sexo, rasa, fatores hereditários na ocorrência de doenças cardiovasculares.

Tema 8

Na última atividade, ou seja, a de nº oito será feito um levantamento para avaliar o nível de conhecimento alcançado, depois de realizada a ação educativa e determinar o efeito positivo ou não da proposta. Para isto será utilizado o mesmo questionário aplicado na primeira semana. se realizará uma comparação entre ambos questionários, tendo como destaque os parâmetros de pressão arterial e peso corporal inicial e ultimos.

Os recursos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades foram: estetoscópio e esfigmanômetro para aferição da pressão arterial (PA), balança para pesagem.

Para se proceder a medição da PA é necessária que o paciente seja colocado em posição assentado e aguardarcinco minutos de repouso, que não tenha tomado café, e que esteja de bexiga vazia.

Serão incluídos no estudo, todos os pacientes hipertensos e diabéticos, usuários da Unidade de Saúde, que buscaram a referida ESF e os já pertencentes ao grupo de apoio de HAS e Diabetes Mellitus.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em cerca de 30% da população adulta, é apontada como um dos mais relevantes fatores de risco cardiovascular, uma vez que está relacionada à ocorrência de uma diversidade de doenças cardiovasculares, e responde por cerca de 40% dos óbitos por acidente vascular encefálico, 25% dos ocorridos por doenças arteriais coronarianas e quando associada ao diabetes, estima-se que seja responsável pela metade dos casos de desenvolvimento de insuficiência renal terminal (OPAS, 2010).

O mecanismo pelo qual a hipertensão essencial ocorre no homem é multifatorial, associada a um distúrbio metabólico crônico. A causa da sensibilidade ao sal que participa de uma boa porcentagem das formas de hipertensão arterial no homem ainda não é conhecida, porém o óxido nítrico parece ter uma participação importante nesse mecanismo. A síntese de óxido nítrico depende da participação da enzima óxido nítrico sintase.

A título de esclarecimento, há três isoformas de óxido nítrico sintase: a neuronal, a endotelial e a forma induzível, sintetizada de novo em resposta a estímulos inflamatórios e está implicada em respostas de defesa do organismo. Já foi demonstrado que a produção de óxido nítrico está diminuída na hipertensão arterial. Por outro lado, foi descrito polimorfismo no promotor do óxido nítrico sintase induzível, sugerindo a associação desse polimorfismo com a hipertensão arterial essencial.

Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% são portadores de hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros.

Mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

A HAS pode ser controlada através de medidas medicamentosas e não medicamentosas. Dentre as medidas não medicamentosas, a mudança no estilo de vida é a terapia definitiva para alguns indivíduos e uma terapia coadjuvante para todos os outros

indivíduos com hipertensão. Mesmo que as mudanças diárias não consigam o completo controle da pressão arterial elas poderão ajudar a aumentar a eficácia dos agentes farmacológicos e minimizar fatores de risco para agravos (MAHAN; SCOTT- STUMP, 2002).

Existem recomendações a considerar em quanto a modificações no estilo de vida, não só no tratamento da HAS senão também para a população em geral como prevenção primária, entre elas temos: para o controle de peso manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m²); consumir dietas ricas em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais; reduzir o consumo de sal (5 g de sal/dia, sódio não mais que 2 g); moderar o consumo de álcool 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres; realizar exercício físico regularmente preferentemente atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes por semana, para prevenção e diariamente para tratamento; eliminar o tabagismo para reduzir o risco cardiovascular. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus tipo 2, sabidamente associa-se a vários fatores de risco cardiovascular, incluindo Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, resistência à insulina, microalbuminúrica e anormalidades nos lipídios e lipoproteínas plasmáticas, caracteristicamente elevação de triglicerídeos e redução de colesterol contido na lipoproteína de alta densidade (colesterol HDL). A associação desses fatores de risco tem sido denominada síndrome metabólica ou síndrome X. (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009)

Segundo as mesmas Diretrizes da SBD, (2009), prevenção efetiva também significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do Diabetes Mellitus (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver Diabetes Mellitus.

Neste sentido, atualmente as proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo do aleitamento materno e em evitar a administração do leite de vaca nos primeiros 3 meses de vida. Quanto ao Diabetes Mellitus tipo 2, condição na qual a maioria dos indivíduos também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, as intervenções devem abranger essas múltiplas anormalidades metabólicas, o que, além de prevenir o surgimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade. (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES,2009)

Há evidências de que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se a acentuado incremento na prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2. Os programas de prevenção primária do Diabetes Mellitus tipo 2 baseiam-se em intervenções dietéticas e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver esta doença, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída.

O exercício físico atua de forma específica sobre a resistência insulínica, independentemente do peso corporal. Indivíduos fisicamente mais ativos possuem níveis mais baixos de insulina circulante, melhorar a ação em receptores e pós-receptores de membrana, melhor resposta de transportadores de glicose e maior capilarização nas células musculares esqueléticas, quando em comparação com indivíduos menos ativos, independentemente do peso e do índice de massa corporal (IMC). Mas o exercício físico também atua na redução do peso corporal, que, por si só, já reduz o risco de Diabetes Mellitus tipo 2.

No tratamento do usuário portador de diabetes pode-se destacar que o exercício físico é um importante aliado, atuando sobre o controle glicêmico e sobre outros fatores de comorbidade, como a hipertensão e a dislipidemia, e reduzindo o risco cardiovascular. A atividade física promove maior capilarização das fibras musculares e melhor função mitocondrial, melhorando a sensibilidade dos tecidos à insulina. Observa-se maior sensibilidade à insulina nas 24 a 72 horas após uma sessão de exercício, aumentando a captação da glicose nos músculos e nos adipócitos e reduzindo a glicemia.

Além disso, o exercício aumenta a captação da glicose sanguínea para os músculos por mecanismos não dependentes de insulina, envolvendo o GLUT4, proteína transportadora da glicose muscular ativada pela contração muscular. Assim, o exercício facilita o metabolismo glicídico e sua eficiência, melhorando a regulação glicêmica, o que pode ser observado pelas menores concentrações basal e pós-prandial de insulina, bem como pela redução da hemoglobina glicada nos diabéticos fisicamente ativos, quando em comparação com os sedentários. (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES,2009)

5.3. Tabagismo.

O tabagismo, isoladamente, duplica a possibilidade de doença cardíaca. Entretanto, associado à alteração do colesterol ou à hipertensão, multiplica esse risco por 4. O risco torna-se 8 vezes maior quando os três fatores se associam. Por sua vez, mulheres jovens, que usam anticoncepcionais orais e fumam, têm, em relação as não-fumantes, 10 vezes maiores risco de infarto do miocárdio, embolia pulmonar e trombo flebite.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, ou seja, uma epidemia generalizada, e como tal precisa ser combatido. A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas diferentes; que se constitui de duas fases fundamentais: a fase particulada e a fase gasosa (FIOCRUZ, 2011).

Até entre os não fumantes, tem sido reconhecido que a fumaça inalada, seja por exposição pacífica ou por consumo de charutos ou cachimbo, causa também o risco de problemas nas artérias. A exposição ao fumo passivo pode causar disfunção endotelial na circulação coronariana de jovens e saudáveis de maneira geral (BRAUNWALD, 2006).

Deixar de fumar constitui a intervenção isolada mais importante na prevenção de doenças cardiovasculares. Em dados recentes o abandono do tabagismo reduziu a mortalidade por coronariopatia em 36%, quando comparada com a mortalidade dos que continuam fumando, independente de idade, sexo ou país de origem (BRAUNWALD, 2006).

No tocante ao tabagismo, este é apontado como principal causa de morte evitável em países como os Estados Unidos e o Brasil (ISMAEL, 2007). Existe a previsão de que as doenças associadas ao consumo de tabaco responderão por 10 milhões de mortes anuais em 2020 (GARCIA et al., 2008).

5.4. Alcoolismo.

O álcool tem um grande impacto social no mundo pelo alto grau de consumo, por ser causa de mortes prematuras em centros urbanizados gerando acidentes de trânsito e no trabalho, estresse, desnutrição, violência ao crime além de se apresentar como um dos principais fatores de risco modificáveis pra doenças cardiovasculares.

Existem alguns distúrbios Clínicos cardiovasculares que bem vale a pena mencionar e que estão relacionados ao Álcool como: a Hipertensão, cardiomiopatia e arritmias. (LEITE,2011)

O álcool pode causar lesão miocárdica dilatada através de quatro mecanismos diferentes: deficiências nutricionais associadas como o Beribéri cardíaco; efeitos tóxicos devido aos aditivos como o cobata (cerveja) ou contaminação pelo chumbo (bebidas destiladas); efeito tóxico direto(agudos e crônicos) e a cardiopatia hipertensiva álcool-induzido. Alcoólicos podem sofrer de aguda disfunção ventricular semelhante àquela produzida pela aguda ingestão de uma simples dose de álcool em indivíduos normais.

Os indivíduos podem apresentar um episódio isolado de fibrilação atrial, taquiarritmias supraventriculares ou ventriculares recidivantes e que pode ocorrer na ausência de insuficiência cardíaca franca. (BRASIL, 2014)

5.5 Obesidade.

A obesidade vem apresentando um padrão epidêmico global que justifica o aumento nas taxas de morbidade e mortalidade na população, se comportando como um fator de risco relevante para o desenvolvimento de coronariopatias, acidentes vasculares isquêmicos, DM do tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica além de alguns tipos de neoplasias (OMS, 2012).

Esta entidade teve sua prevalência quase duplicada no período decorrido entre os anos de 1980 e 2008 (OMS, 2012 Dados apontam que a obesidade é responsável pela morte de 2,8 milhões de pessoas por ano no mundo.). (COSTA et al., 2009).

Recentes estudos epidemiológicos têm atribuído o risco da obesidade à extensão e ao excesso de adiposidade abdominal. Durante décadas, tem-se discutido a associação do aumento do IMC com fenótipos pró-trombóticos e pró-inflamatórios e não há mais dúvidas da associação entre obesidade severa e a micro inflamação crônica, assim como correlação com aterosclerose, hipertensão arterial, disfunção endotelial, aumento da viscosidade sanguínea, resistência à insulina e vários estigmas da síndrome metabólica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014)

Há evidências de que a obesidade central e a generalizada constituem um estado inflamatório crônico de baixa intensidade. O tecido adiposo, por meio das adipocitocinas, modula uma série de eventos fisiológicos e fisiopatológicos no organismo humano. Estímulos externos como estresse crônico e a superalimentação em gorduras saturadas mais influências ambientais, são capazes de resultar no aumento dos marcadores

inflamatórios (aumento de secreção de citocinas inflamatórias), tais como: interleucina 1 (IL-1), interleucina 6 (IL-6) e fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α).

Sabe-se que a obesidade afeita por vários mecanismos à função e estrutura vascular, incluindo a hiperglicemia e o desenvolvimento desse estado pró-coagulante, influenciando a produção no tecido adiposo dessas citocinas inflamatórias, referidas como as adipocitocinas, as quais contribuem para o desenvolvimento de doenças metabólicas e cardiovasculares.

Tanto o sobrepeso quanto a obesidade estão associados com aumento dos riscos de infarto do miocárdio e fibrilação atrial. O risco de desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2 aumenta em 20% para cada 1 kg/m² ganho no IMC. A obesidade visceral está associada à hiperinsulinêmica e a níveis elevados de TNF- α . O nível circulante de receptores solúveis de TNF- α correlaciona-se com o IMC e com a cintura abdominal, sendo seis vezes maior em mulheres obesas do que nos controles com peso normal.

A leptina, um peptídeo secretado pelo adipócito, está relacionado à sinalização de reserva energética, à saciedade e à ingestão de alimentos, regula várias vias inflamatórias e atua no sistema nervoso central aumentando o tônus adrenérgico daí a sua relação com a Hipertensão Arterial.

5.6. Sedentarismo

O sedentarismo é, sem lugar a dúvidas, um fator de risco relevante para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como a, a osteoporose, o Diabetes Mellitus, alguns tipos de câncer (colón e mama), Hipertensão Arteriais Sistêmicas outras doenças cardiovasculares (BRASIL, 2007). Estudos apontam que as prevalências de sedentarismo nos municípios brasileiros são elevadas, estando entre 41,6% a 95,4%.

Considera-se que a atividade física insuficiente é um fator de risco independente para doenças coronarianas. Aproximadamente 12% de todas as mortes nos Estados Unidos estão relacionadas com a falta de atividades físicas regular e a inatividade, associada a um aumento de pelo menos o dobro do risco de um evento coronariano, com um risco relativo semelhante ao da hipertensão arterial, dislipidemia ou tabagismo. Estima-se 200 mil mortes/ano a partir de doença isquêmica do coração, câncer ou diabetes *Mellitus* tipo 2 associada ao sedentarismo.

A inatividade física incrementa o sobrepeso, a obesidade, eleva os triglicérides, reduz o HDL - colesterol e converge para o aumento de cintura abdominal, síndrome metabólica e resistência à insulina, culminando na elevação da pressão arterial sistêmica. Apesar das dificuldades epidemiológicas para mensurar o comportamento sedentário, o que observamos

nesta revisão é que tal postura nos dias modernos certamente aumenta a prevalência da hipertensão arterial e, conseqüentemente, da morbidade e mortalidade cardiovascular, a qual, como se sabe, é um dos principais fatores de risco para patologias cardíacas e cerebrais. (DASIS 2010)

5.7 Maus hábitos dietéticos.

O Ministério da Saúde aponta que o consumo de dietas com alta densidade energética, elevado teor de gorduras saturadas e açúcar e inatividade física são causas substanciais de obesidade (BRASIL, 2012). Tais comportamentos possuem uma importante associação com o desenvolvimento de doenças como dislipidemias, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2 cerca de 80 a 90% dos indivíduos diabéticos possuem excesso de peso. . (SARTORELLI eFRANCO2003)

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de Hipertensão Arterial Sistêmica.

A alta ingestão de sódio na dieta está associada ao desenvolvimento da hipertensão arterial. Alguns indivíduos são particularmente sensíveis ao sódio na dieta, sendo chamados de “sal sensíveis”. Estes obtêm maior grau de redução na pressão arterial (PA) com a restrição de sódio na dieta. Entretanto, a redução do sódio na dieta pode reduzir a PA tanto em hipertensos quanto em normotensos e melhorar a resposta à maioria das terapias anti-hipertensivas.

5.8 Hiperlipoproteinemia.

O colesterol é um esteroide encontrado nas membranas celulares de todos os tecidos do corpo humano, sendo transportado no plasma sanguíneo. O colesterol absorvido pelo intestino é transportado na circulação pelas lipoproteínas de baixa e alta densidade (LDL e HDL, respectivamente). O LDL transporta o colesterol do fígado para os tecidos (podendo se depositar nas paredes das artérias, resultando em estreitamento - aterosclerose). Já o HDL desempenha papel no transporte do excesso de colesterol dos tecidos extra-hepáticos de volta para o fígado, de onde é excretado por meio da bile, contribuindo para diminuição do acúmulo de colesterol nas paredes arteriais (CASSAR, 2011).

Hiperlipoproteinemia pode levar à arteriosclerose que é à base da aparição de ataque cardíaco, pressão arterial elevada, alterações teninosas, processos de acidente vascular encefálico.

O levantamento realizado pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2011) constatou que 40% da população brasileira têm colesterol total ≥ 200 mg/dL e 13% ≥ 240 mg/dL. Além destes fatores, também o colesterol sérico, que na maioria das vezes está elevado em função da dieta, prediz a mortalidade por doença coronariana.

A redução dos níveis de colesterol no sangue pode ajudar a reduzir o risco de doença cardiovascular, uma diminuição de 10% no colesterol sanguíneo total pode reduzir entre 12% e 20% os riscos de doença arterial coronariana. O colesterol é um fator de risco que pode ser modificado pela dieta e adoção de hábitos de vida saudáveis (CASSAR, 2011).

Apenas com a realização de dieta, 60% dos pacientes têm a diminuição do peso corpóreo de 1,8% e queda dos níveis de LDL - colesterol de 5 a 7%. Além disso, a realização de dieta pode ajudar a modificar outros fatores envolvidos no desenvolvimento de DCV, como hipertensão, diabetes e obesidade (ROSENSON RS, OTVOS JD, FREEDMAN DS, 2002).

5.9 Arteriosclerose

A maioria das doenças cardiovasculares está associada à aterosclerose, nesta doença se forma depósitos contendo LDL - colesterol (também conhecido como colesterol ruim) e gorduras neutras (placas de ateroma) no interior do vaso.

Esta situação faz com que se origine uma resposta inflamatória que altera componentes do vaso, pode se desenvolver fibrose alterando progressivamente e perigosamente o vaso, tornando-se uma cascata, pois quanto mais alterado maior o risco de se aderirem à parede do vaso. Gradualmente desenvolve-se fibrose dos tecidos situados ao redor ou no interior dos depósitos gordurosos e, freqüentemente, a combinação do cálcio dos líquidos orgânicos com gordura forma compostos sólidos de cálcio que, eventualmente, se desenvolve em placas duras, semelhantes aos ossos.

Dessa forma, no estágio inicial da aterosclerose aparecem apenas depósitos gordurosos nas paredes dos vasos, mas nos estágios terminais os vasos podem tornar-se extremamente fibróticos e contraídos, ou mesmo de consistência óssea dura, caracterizando uma condição chamada arteriosclerose ou endurecimento das artérias.

A arteriosclerose, muitas vezes, causa a oclusão dos vasos, levando a outras complicações cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular

Cerebral, Doença das Artérias Coronárias, a Cardiopatia Isquêmica - redução do Lúmen das artérias coronárias, este estreitamento pode causar Angina de Peito ou Infarto do Miocárdio (BRUNNER e SUDDART, 2005).

5.10 Estresse

O estresse é outro fator ambiental em relação direta com níveis de pressão arterial. Em estudo realizado com mulheres casadas e freiras da mesma faixa etária, com hábitos alimentares semelhantes, a prevalência de hipertensão arterial após um acompanhamento de 20 anos foi maior nas mulheres casadas. Estima-se que o estresse deve ter sido um componente importante por provocar elevações repetidas da pressão arterial e pela ativação do sistema nervoso simpático.

A ativação do sistema nervoso simpático vai resultar no aumento da produção de vasoconstritores, como a noradrenalina, que tem papel importante na fisiopatogênese da hipertensão arterial. Outras substâncias como a angiotensina também têm papel importante nas alterações estruturais e funcionais dos vasos. Essas alterações vão resultar no aumento da resistência vascular total e aumento da pressão arterial (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENÇÃO, 2014)

6. PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Os problemas identificados na UBS Santa Rita foram os seguintes:

- ❖ Elevada morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares,
- ❖ Elevado índice de fatores de risco cardiovasculares na população(devido à alta incidência de paciente com dislipidemia mista, malos hábitos alimentares, obesidade, sedentarismo, diabéticos, alcoolismo, entre outros)
- ❖ Baixa prevalência de pacientes com Hipertensão arterial, com uma porcentagem por debaixo da meia internacional, nosso posto de saúde tem 11.67 % pacientes cadastrados com hipertensão, o qual achamos é devido a uma deficiente pesquisa.
- ❖ Parte da população com acessibilidade deficiente aos serviços de saúde. Pelo escasso número de profissionais e instituições de saúde com que conta o município.
- ❖ Alta incidência de parasitismo intestinal.
- ❖ Excessivo consumo de psico-fármacos
- ❖ Elevado índice de idosos com situação socioeconômica desfavorável

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram classificados de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Santa Rita

Unidade Básica de Saúde Barra Alegre			
Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção

Elevada índice de fatores de risco cardiovascular na população	Alta	Parcial	1
Elevada morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares	Alta	Parcial	2
Alta prevalência de Diabéticos.	Alta	Parcial	3
Alta incidência de <i>parasitismo</i> intestinal	Alta	Parcial	4
Excessivo consumo de psico-fármacos	Alta	Parcial	5
Parte da população com acessibilidade deficiente aos serviços de saúde	Alta	Fora	6
Grande número da população idosa com situação sócio-econômica desfavorável	Alta	Fora	7

Fonte: Autoria Própria (2014)

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A equipe definiu a elevada morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares como problema prioritário. Mas também foi definido como uma prioridade o elevado índice de fatores de risco cardiovascular modificáveis presentes no 83% da população maior de 15 anos que de ser eliminados melhoraria a morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e a incidência y controle metabólico dos diabéticos. Todos em geral constituem as causas mais freqüentes de assistência a consulta médica.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

Os fatores de risco cardiovascular constituem importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É reconhecido que a HAS associado à dislipidemia é responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, é responsável por aproximadamente 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Considero importante avaliar este problema, pois os FRC como excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo em nossa área de abrangência são muito frequentes e ao eliminar a maioria deles sem duvidas melhoraria a qualidade de vida da população.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Depois desta análise identificamos como "nós críticos" do elevado número de hipertensos:

- Falta de conhecimento da população sobre as doenças e FR cardiovasculares.
- Hábitos de vida inadequados.
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado

6.6 Sexto passo: desenho das operações

O plano de ação é composto de operações elaboradas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. O quadro 2 apresenta o desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de conhecimento da população sobre a doença	“Mais informados” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	População mais informada sobre, prevenção, riscos e complicações da doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Campanhas educativas através de grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Hábitos de vida inadequados	“Mais Saudáveis” Modificar hábitos e estilos de vida.	Aumentar o número de pacientes com risco cardiovascular fisicamente ativos e com alimentação equilibrada.	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.) grupos operativos para orientação nutricional.	Organizacional: organização dos grupos operativos; Cognitivo: informação sobre o tema; Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Estrutura dos serviços de saúde.	“Saúde Confortável” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos pacientes serviços de qualidade	Organizacional: envolvimento da equipe Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento de oferta de exames.
Processo de trabalho da equipe de saúde da família	“Cuidando de Você” Implantar a linha de cuidado segundo protocolo	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos.	Protocolos implantados; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado.	Cognitivo: elaboração do projeto da linha de cuidado e de protocolos. Político: articulação entre os

inadequado	para atenção à paciente com doenças cardiovasculares .			setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos.
------------	--	--	--	---

Fonte: Autoria Própria (2014)

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas. A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. No quadro 3 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 3 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

Operação/Projeto	Recursos críticos
“Mais informados” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre as doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Político: articulação inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
“Mais Saudáveis Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.
“Saúde Confortável” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames.
“Cuidando de Você” Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;

Fonte: Autoria Própria (2014)

6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

A idéia central desse passo é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Sendo assim, ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos para definir as operações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano. O quadro 4 apresenta a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 4 - Proposta de ação para motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Mais informados” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre as doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Político: articulação inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
“Mais Saudáveis” Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretaria de Educação Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
“Saúde Confortável” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população.	Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento de oferta de exames.	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde.	Favorável Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.
“Cuidando de Você” Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria Própria (2014)

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. Sendo assim, após reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento ficou definido, por consenso, a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o quadro 5.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Profissionais Envolvidos	Prazo
“Mais informados” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre as doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	População mais informada sobre, prevenção, riscos e complicações da HAS, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, obesidade sedentarismo.	Campanhas educativas através de grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS.	Não é necessária	Equipe de Saúde.	Três meses para o início das atividades.
“Mais Saudáveis” Modificar hábitos e estilos de vida.	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada.	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional.	Não é necessária	Equipe de Saúde.	Início em quatro meses; Avaliações a cada semestre; Início em dois meses
“Saúde Confortável” Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos, aumento do número de profissionais por número de habitantes na área de abrangência.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Secretaria de Saúde	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos; quatro meses para compra dos equipamentos os início em

					quatro meses
“Cuidando de Você” Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco cardiovascular.	Cobertura de 80% da população acima dos 25 anos.	Protocolos implantados; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado.	Não é necessária	Secretaria de Saúde	Início em três meses

Fonte: Autoria Própria (2014)

6.10 Décimo passo: gestão do plano

O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão. Os quadros 6 a 9 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Mais informados”

Operação: “Mais informados”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Campanhas educativas através de grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS.	Equipe de Saúde	Três meses para o início das atividades.	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2014)

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto “Mais Saudáveis ”

Operação: “Mais Saudáveis ”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumento da prática de atividade física	Equipe de Saúde.	Início em quatro meses;	Aguardando implantação		

através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional. Grupos operativos para erradicar o tabagismo.		Avaliações a cada semestre; Início em dois meses			
--	--	---	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2014)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Saúde Confortável”

Operação: “Saúde Confortável”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Pacientes mas capacitados para seu autocuidado	Secretaria de Saúde	Três meses para apresentação do projeto.			

Fonte: Autoria Própria (2014)

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: “Cuidando de Você”

Operação: “Cuidando de Você”					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Protocolos implantados; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado.	Secretaria de Saúde	Início em três meses	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2014)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após ter estudado os fatores de risco cardiovascular na área de abrangência da equipe de saúde da família de Santa Rita, no município de Santa Luzia, foi possível concluir que para reverter a situação atual, deve-se promover mudanças no estilo de vida da população e no processo de trabalho da equipe. Fatores como: o elevado número de hipertensos, diabéticos, sedentarismo, sobrepesos, obesos, pessoas com hábitos alimentares inadequados, consumo excessivo de álcool, tabagistas ativos e passivos, tem uma alta influência na morbimortalidade encontrada.

Por este motivo foi elaborado um plano de ação contemplando a temática já explicitada na proposta com a finalidade de aumentar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco cardiovascular, estimulando aos hábitos e estilos de vidasaudáveis na população, visando mudanças significativas após a implantação dessa proposta na saúde dos participantes voluntários.

Acreditamos que a informação é a ferramenta fundamental para elevar o nível de conhecimento das pessoas, contribuindo assim à realização dos seus projetos e aspirações de vida.

Conclui-se assim, que foi de fundamental importância a elaboração desse estudo com a perspectiva de contribuir com os profissionais de saúde que exercem a função na Unidade Básica de Saúde, enfatizando a atenção a saúde dos pacientes portadores de doenças cardiovasculares que tem acesso à rede de serviços, além disso, o mesmo contribuiu para o meu aprendizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Adulto: Programa de Assistência ao Portador de Diabetes Mellitus, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetesmellitus.pdf> > Acesso em 12 de setembro 2011.

BRUNNER E SUDDART. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Ed. 10. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

BRAUNWALD, Douglas P. Zipes; BONO, Peter Libby, Robert O. [editores]. Tratado de doenças cardiovasculares. Trad. Vilma de Souza Varga, Deniza O. Futuro, Alexandre V. A. Soares. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CASSAR, R. Panorama Brasileiro e Fatores de Risco da Doença Cardiovascular. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/colunistas-dasbd/nutricao-e-ciencia/1644-panorama-brasileiro-e-fatores-de-risco-da-doencacardiovascular> . Acesso em: 03 de mar. 2011.

COSTA, A. C. C.; IVO, M. L.; CONTERO, W. B. ;TOGNINI, J. R. F. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta paul. Enferm**, v. 22, n.1, p. 55-59, 2009.

Dasis/SVS/Ministério da Saúde VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI 9 Conceituação, epidemiologia e prevenção primária **RevBrasHipertens** vol.17(1):7-10, 2010.

Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3ª ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 25 de mar. de 2011.

GARCIA, A. F. G. et al. Tabagismo entre adolescentes de Vitória de Santo-Antão-PE. **Arq Ciênc. Saúde**, v.15, n.4, p.205-208, Out/Dez. 2008.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Tabagismo - O mal da destruição em massa. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>. Acesso em 17 de setembro de 2010.

ISMAEL, S. M. C. Efetividade da terapia cognitivo comportamental na terapêutica do tabagista. 2007. 165 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

IBGE-cidades. Santa Luzia, **Minas Gerais**, 2014. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313130&search=minas-gerais|santa.luzia> . Acesso em 03/09/14.

MAHAN, K.; SCOTT-STUMP, S. **Krause alimentos, nutrição&dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Curvas de crescimento de IMC por idade. 2007. Disponível em:<http://www.who.int/growthref/en/>. Acesso em: 02 Set. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estadísticas sanitarias mundiales: una instantánea de la salud mundial [Internet] Ginebra; 2012 [citado 2013 mar 03]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il.

LEITE, Paulo Fernando. Alcoolismo sob o ponto de vista da medicina interna. 2011 Disponível em: <http://psiquiatriageral.com.br/farma/alcoolismo.htm>. Acesso em 16 de mar., 2012.

BURGOS PFM *et al.* A obesidade como fator de risco para a hipertensão Rev Brasil. de Hipertensão vol. 21(2):68-74, 2014.

ROSENSON RS, OTVOS JD, FREEDMAN DS. Relations of lipoprotein subclass levels and low-density lipoprotein size to progression of coronary artery disease in the Pravastatin

Limitation of Atherosclerosis in the Coronary Arteries (PLAC-I) trial. Am J Cardiol 2002; 90(2):89-94.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública, v.19, n. 1, p. 29-36, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar (HF) ISSN-0066-782X . Volume 99, Nº 2, Supl. 2, Agosto 2012

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp>. Acesso em: 29 /10 /14.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2009), Diretrizes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. **Dados de hipertensão arterial por capital**, 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435> Acesso em: 30/09/2014.

9. APENDICE

Questionário sobre conhecimento de fatores de risco cardiovascular

Nome _____

Idade _____

Sexo _____

Grau de instrução:

Analfabeto _____

Só sabe ler e escrever cursou só ensino fundamental _____

Ensino médio incompleto _____

Ensino médio completa _____

Ensino Universitário _____

Estrato socioeconômico:

Classe baixa _____

Classe média _____

Classe alta _____

Estado Civil

Solteiro

Casado

Divorciado

Antecedente Pessoal de HAS Diagnosticada _____

Antecedente Pessoal de Diabetes Mellitus Diagnosticada _____

Antecedente Pessoal de doença cardíaca isquêmica Diagnosticada _____

Sobrepeso _____

Obesidade _____

Obesidade Abdominal _____

Hipercolesterolemia _____

LDLc elevada _____

HDLc baixa _____
Hipertrigliceridemia _____
Hábito de fumar _____
Fumante _____
Ex Fumante _____
Não Fumante _____
Hipertensão artéria Sistêmica _____
Tratamento anti-hipertensivo _____
Diabetes Mellitus _____
Consumo de bebidas alcoólicas _____
Realiza atividade física _____

Você conhece os fatores de risco para doença cardiovascular?

Quais destes você considera fatores de risco para doença cardiovascular?

Fumar _____
Herança _____
Hipertensão Sedentarismo _____
Gênero _____
Sobrepeso e Obesidade _____
Consumo excessivo de álcool _____
Consumo excessivo de café _____

Quais alimentos você acha que estão em relação com a aparição de doenças cardiovasculares?

- a- Carboidratos simples: Açúcar de mesa, Suco de frutas, Doce, Bolo, Massa feita com farinha branca, Refrigerante, Doce, Biscoito _____
- b- Carboidratos complexos: Batatas, macarrão, ervilha, lentilhas, feijão, milho e arroz integral _____
- c- Proteínas _____
- d- Gorduras monoinsaturadas: Presentes no azeite de oliva, canola, açaí, abacate e frutas oleaginosas (amendoim, castanhas, etc.) _____

- e- Gorduras poli-insaturadas(Presentes nos peixes, óleos vegetais (girassol, soja, milho, canola, açafrão, algodão, gergelim, etc.) e nas frutas oleaginosas (castanhas, nozes, avelãs, etc.). _____
- f- Gorduras saturadas Presentes em carnes gordas, banha, manteiga, palma, cacau, laticínios, coco _____

Quais alimentos você acha que poderiam prevenir a aparição de doenças cardiovasculares?

a _____

b _____

c _____

d _____

e _____

f _____