

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAIO CÉSAR GONZAGA AMORIM**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O RISCO CARDIOVASCULAR  
DOS MORADORES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE POEIRA - ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2017**

**CAIO CÉSAR GONZAGA AMORIM**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O RISCO CARDIOVASCULAR  
DOS MORADORES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE POEIRA - ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Kátia Ferreira Costa Campos

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2017**

**CAIO CÉSAR GONZAGA AMORIM**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O RISCO CARDIOVASCULAR  
DOS MORADORES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE POEIRA - ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Ms.Kátia Ferreira Costa Campos – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 04/10/ 2017

## RESUMO

As doenças crônico-degenerativas como Hipertensão, Diabetes, Dislipidemia e Obesidade são cada vez mais comuns em nossa população, devido a uma série de fatores como, envelhecimento, mudança de hábitos de vida, dentre outros. Com isso, a população tem um risco cardiovascular aumentado com complicações agudas e crônicas, gerando elevada morbidade e mortalidade. Sendo assim, urge a necessidade de se realizar intervenções para controlar essas doenças e modificar seus fatores de risco. Este trabalho tem como objetivo elaborar plano de ação para reduzir o risco cardiovascular dos moradores da área de abrangência da unidade básica de saúde Poeira- Alagoas. Para fundamentar a realização do plano de ação foi realizada uma pesquisa bibliográfica na biblioteca virtual em saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. O plano de ação foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que com a execução das ações contidas no plano de ação reduzir o risco cardiovascular dos usuários adscritos a unidade Poeira e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desses usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Diabetes. Fatores de risco.

## **ABSTRACT**

Chronic-degenerative diseases such as Hypertension, Diabetes, Dyslipidemia and Obesity are increasingly common in our population, due to a number of factors such as aging, change of habits of life, among others. With this, the population has an increased cardiovascular risk with acute and chronic complications, generating high morbidity and mortality. Therefore, there is a need for interventions to control these diseases and to modify their risk factors. This study aims to elaborate an action plan to reduce the cardiovascular risk of residents of the area covered by the Poeira-Alagoas basic health unit. To support the implementation of the action plan, a bibliographical research was carried out in the virtual health library to collect the existing evidence on the subject. The action plan was developed following the steps of the strategic situation planning. It is expected that with the implementation of the actions contained in the action plan reduce the cardiovascular risk of users attached to the Dust unit and consequently improve the quality of life of these users.

Key words: Primary Health Care. Hypertension. Diabetes. Risk factors.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
DCV	Doenças Cardiovasculares
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	8
1.1 Breves informações sobre o município Marechal Deodoro	8
1.2 O sistema municipal de saúde	9
1.3 A Equipe de Saúde da Família Poeira, seu território e sua população	10
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	12
1.5 Priorização dos problemas	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	16
<b>3 OBJETIVO</b>	17
<b>4 METODOLOGIA</b>	18
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	19
5.1 Estratégia Saúde da Família	19
5.2 Risco Cardiovascular	20
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	22
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	23
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	23
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	29
<b>REFERÊNCIAS</b>	30

## **1 INTRODUÇÃO**

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

O município de Marechal Deodoro tem 52.260 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2017, a partir do último censo realizado. O município está localizado na região nordeste, no estado de Alagoas, próximo da capital do estado, fazendo parte da região metropolitana (IBGE, 2017).

De acordo com informações no site da Prefeitura Municipal, a cidade foi fundada em 05 de agosto de 1591 com o nome de Sesmaria de Santa Madalena do Sumaúma, tornando-se a primeira capital alagoana, sendo a cidade origem do Marechal Deodoro da Fonseca, proclamador da República e primeiro presidente do Brasil. Apesar de outrora ter sido a capital alagoana, a cidade não acompanhou o crescimento das demais cidades e permaneceu como uma cidade interiorana, contemplando todos os problemas políticos/sociais implicados (PREFEITURA DE MARECHAL DEODORO, 2017).

Devido a seu rico patrimônio histórico e sua privilegiada localização geográfica contemplando a bela “Praia do Francês” e a lagoa Manguaba, as principais fontes de renda e geração de empregos são do turismo, pesca, artesanato, empregos na prefeitura, trabalhos informais e empregos no distrito industrial, contemplando indústrias químicas, de plástico e sucroalcooleira (IBGE, 2017). Por outro lado, a cidade é também rota de tráfico e criminalidade (G1 ALAGOAS, 2017), sendo classificada como a 25ª cidade mais violenta do Brasil, com uma taxa média de 64,1 homicídios por arma de fogo por ano por 10.000 habitantes, nos anos de 2008 a 2010 (WAISELFISZ, 2013).

A cidade preserva sua história e cultura, tendo o centro da cidade tombado pelo patrimônio histórico, contendo museus, igrejas e arquitetura preservados. Além disso, a cidade tem uma forte tradição musical, contemplando figuras históricas da cidade, como o Nelson da Rabeca e diversas filarmônicas. Quando ao turismo praiano, há a Praia do Francês e a Massagueira, dois polos turísticos do estado de Alagoas (PORTAL SÃO FRANCISCO, 2017).

## 1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de Marechal Deodoro é focado na atenção primária, contando com 15 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), cobrindo quase que a totalidade da população do município. No entanto, boa parte das ESF está sobrecarregada, sendo necessárias outras equipes de ESF para cobrir a totalidade da população. Conta também com Unidades de Pronto Atendimento (UPA). No entanto, a estrutura das unidades é bastante precária, além de não haver na cidade uma retaguarda de especialidades em número adequado para atender a complexidade e tamanho da demanda. Um grande problema para o funcionamento das equipes de ESF é a alta rotatividade dos funcionários, especialmente os de cargos de indicação e contratados.

Dentre os serviços mais especializados, o município conta com ambulatórios de Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia, Angiologia, Ortopedia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Urologia, Pediatria, Fisioterapia e Nutrição. No entanto, nem sempre esses ambulatórios estão funcionando e ocorrem alguns mutirões de especialidades por meio de consórcios de saúde, como por exemplo, mutirão de oftalmologia.

Quanto ao setor de urgências e emergências, existe uma Unidade de Pronto Atendimento tipo 1 e uma urgência 24h onde ocorrem atendimentos de baixa complexidade e triagem obstétrica. No entanto, não há leitos para internação hospitalar no município, apenas serviços do programa Melhor em Casa.

Em relação ao apoio diagnóstico, o município conta com laboratórios de análises clínicas particulares vinculadas ao SUS e mutirões de Ultrassonografia, realizados por meio de consórcios de saúde. Outros exames são realizados em outros municípios.

O Município disponibiliza parte das medicações básicas para atenção primária, havendo problemas frequentes de falta de medicação. Há ainda medicações de alto custo entregues pelo município para diagnósticos específicos.

A Vigilância da Saúde do município abrange de maneira pouco atuante as divisões de Vigilância Sanitária, Controle de Zoonoses, Endemias, Vigilância Epidemiológica

e Vigilância à Saúde do Trabalhador, sendo apenas a relacionada a Endemias mais participativa.

A Rede de Atenção à Saúde funciona de forma ainda desconexa. A forma de organização é poliárquica, sendo gerenciada pela atenção básica, mas os sistemas logísticos e a capilaridade ainda são bastante ineficazes, prejudicando a comunicação entre atenção primária e serviços especializados.

Em relação aos demais municípios da região e do estado, há uma boa via de comunicação e contato entre os serviços de urgências/emergências e obstetrícia, havendo poucos empecilhos em transferir pacientes graves ou que necessitem de cuidados de emergência especializados. No entanto, há um déficit de locais de referência para realização de atendimentos ambulatoriais especializados ou realização de procedimentos, havendo longos períodos de espera e desgaste para o paciente. Além disso, há também um déficit no estado de leitos para internação, dificultando o acesso aos pacientes necessitados.

O modelo de atenção realizado é uma mistura de vários modelos, apropriando-se de pontos positivos de modelos mais atuais e negativos dos modelos mais defasados.

### **1.3 A unidade básica de saúde da comunidade Poeira, seu território e sua população**

A UBS situa-se em um bairro Poeira, com diversos problemas sociais, superlotação e uma cultura institucional de medicina tecnicista. Sendo assim, o modelo de atenção à saúde predominante em minha UBS é focado na atenção primária a saúde, mas ainda com um forte apelo Sanitarista Campanhista, exemplificado por campanhas periódicas e pontuais de prevenção de agravos, de Medicina Tecnicista, focado em consultas médicas.

A comunidade do Bairro Poeira é composta por cerca de 6400 habitantes, localizada na região central de Marechal Deodoro, ao lado do centro histórico da cidade e banhada pela Lagoa Manguaba. O bairro se formou a partir de vilas de pescadores e por contiguidade geográfica com o centro histórico da cidade. Sendo assim, há muita

desigualdade social entre os moradores do bairro, havendo algumas pessoas de classe média e várias pessoas em condições de miséria.

Atualmente, é considerado um bairro violento, com altas taxas de homicídios de jovens do sexo masculino e grande consumo de drogas. É alta a taxa de desemprego e a economia local é baseada na pesca, no artesanato (o “filé”, um tipo de bordado) e comércios informais.

A estrutura do saneamento básico é precária, especialmente nas vilas de pescadores e regiões a beira da lagoa, havendo esgotos a céu aberto e acúmulo de lixo nas ruas. Boa parte dos moradores vive em domicílios com condições precárias, e é elevado o número de animais abandonados na rua.

As taxas de analfabetismo são elevadas, especialmente entre as faixas etárias mais elevadas, e é pequeno o número de indivíduos com nível superior. A região conta com duas escolas de ensino fundamental e médio e uma escola técnica.

O bairro é fortemente influenciado pela tradição religiosa, havendo celebrações e procissões. No bairro há uma equipe de saúde da família, duas escolas de ensino fundamental e uma escola técnica.

A Unidade de Saúde da Poeira foi aberta há aproximadamente 13 anos e situa-se na região central do bairro. Inicialmente era uma casa alugada, adaptada, pequena e antiga, com uma série de problemas estruturais, sendo insuficiente para o tamanho da demanda. No entanto, houve mudança há um mês, para uma nova estrutura, muito mais ampla e bem dividida, construída especificamente para ser uma UBS.

Atualmente, os espaços da UBS são melhores divididos e a unidade está bem conservada, havendo salas em número suficiente para uma equipe de saúde, mas que se tornará insuficiente caso a UBS venha a acolher duas equipes de ESF.

As reuniões com a comunidade (grupos e salas de espera) são realizadas na sala de espera. As reuniões de equipe acontecem na sala dos agentes comunitários de saúde (ACS), ao redor da mesa, sendo um local climatizado e bem iluminado.

#### 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

- **Da comunidade em geral** (contexto): Condições socioeconômicas da comunidade são bastante precárias, o que se torna em um determinante negativo na saúde;
- **Do sistema local de saúde:** Sistema local de saúde com enfoque assistencialista; Número elevado de usuários frequentadores da UBS; Número diminuto de usuários cadastrados na unidade.
- **Da área de abrangência, da unidade de saúde:** Área muito grande para apenas uma equipe de ESF.
- **Problemas de saúde prevalentes:** Alta prevalência de condições crônicas degenerativas; altos índices de violência, alta prevalência de pacientes com elevado risco cardiovascular.
- **Saneamento:** Presença de esgotos a céu aberto.
- **Educação:** Alto índice de analfabetismo em maiores de 15 anos.
- **Do trabalho da equipe:** Falta de dados epidemiológicos do perfil da comunidade.

#### 1.5 Priorização dos problemas

Ao ser analisado os dados do diagnóstico situacional de saúde da comunidade da Poeira, foram vistos que os vários problemas envolvidos na dinâmica da Unidade Básica de Saúde são interligados entre si, sendo um fator de piora do outro. Os que mais afligiram os profissionais de saúde da UBS Poeira foram: Baixas condições socioeconômicas da comunidade; Alta prevalência de pacientes com alto risco cardiovascular; Elevado número de pessoas na comunidade para apenas uma equipe de ESF atender; Altos índices de violência na comunidade; Alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST); Falta de apoio diagnóstico por serviços de saúde do município.

As baixas condições socioeconômicas da comunidade são percebidas no dia a dia ao se analisar o perfil de renda e de acesso a serviços de saúde, saneamento e educação, sendo um problema importante para comunidade. No entanto, não é um problema de urgência elevada e tem uma capacidade de enfrentamento mediana, uma vez que envolve majoritariamente outros setores além da UBS.

Já em relação ao alto Risco Cardiovascular é também um problema muito importante, uma vez que existe uma alta prevalência de pacientes com alto risco cardiovascular, com uma estimativa de 410 pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 150 com Diabetes Mellitus (DM) no território, além de altos índices de dislipidêmicos (Colesterol, HDL, LDL e Triglicérides elevados), obesos (Índice de Massa Corpórea acima de 30kg/m<sup>2</sup>), sedentários e tabagistas. Além disso, já existe um elevado número de pessoas com sequelas cardiovasculares, tornando este um problema de elevada urgência e com alta capacidade de enfrentamento.

Em relação ao número de pessoas para uma mesma equipe de ESF, existe um número bastante elevado, com uma média de 6400 pessoas para apenas um médico, sendo boa parte destas usuárias frequentes dos serviços da UBS. Sendo assim, há uma urgência moderada para ser resolvida a questão. No entanto, necessita de forte apoio de outros setores para ser resolvida.

Em relação aos altos índices de violência e criminalidade, especialmente em jovens do sexo masculino, apesar de ser um problema muito importante, é de baixa capacidade de enfrentamento e urgência moderada.

Já a alta prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis, apesar de ser de fácil enfrentamento, não tem a mesma importância e urgência dos demais problemas. Em relação ao apoio diagnóstico diminuído, com limitação no acesso e variedade de ambulatórios especializados e exames, é um problema de importância e urgência mediana, mas com baixa capacidade de enfrentamento.

Dentre estes problemas prioritários, em conversa com a equipe, chegou-se à conclusão que o de mais urgência, de maior importância e com melhor com

capacidade de enfrentamento, destacou-se “alto número de pacientes com elevado risco cardiovascular”, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Poeira, Unidade Básica de Saúde Poeira, município de Marechal Deodoro, estado de Alagoas.

Problemas	Descrição	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Situação Socioeconômica	Condições socioeconômicas e educação precárias para maioria da população.	Alta	1	Média	3º
Risco Cardiovascular	Elevado número de pacientes com doenças cardiovasculares (410 hipertensos e 150 diabéticos), idosos e fatores de risco para agravos.	Alta	10	Alta	1º
Número de pessoas por Equipe de ESF	6400 usuários cadastrados para apenas uma equipe de ESF.	Alta	7	Média	2º
Violência	Altos índices de violência e criminalidade, especialmente dentre a população jovem.	Alta	5	Baixa	4º
DST	Alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis.	Média	2	Alta	5º
Apoio diagnóstico	Limitação no acesso e variedade de ambulatorios especializados e exames.	Média	5	Baixa	7º

Fonte:

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

## 2 JUSTIFICATIVA

Gerir a saúde é uma tarefa ampla e exige esforços de vários setores, dentre eles da atenção primária. Uma UBS deve saber estabelecer prioridades para otimizar a atenção as demandas da comunidade e do sistema de saúde, uma vez que o sistema de saúde ainda conta com poucos recursos se comparado ao tamanho da população.

Dentre as estratégias priorizadas pela Atenção Primária à Saúde, merecem destaque a importância de se atuar nos determinantes e causas da doença e valorizar a participação social e focar o serviço na pessoa e não na doença.

Houve nas últimas décadas uma grande mudança no perfil da morbimortalidade da população brasileira, com diminuição das doenças infecto parasitárias e aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Sendo assim, avaliando-se os problemas mais impactantes no funcionamento da ESF Poeira, viu-se a necessidade de abordar os fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), a fim de melhorar o controle destes fatores de risco e, com isso aumentar a sobrevivência das pessoas da comunidade e melhorar a qualidade de vida das mesmas, evitando complicações crônicas e sequelas. Na área de abrangência da ESF Poeira, contamos com 410 hipertensos e 150 diabéticos na área, além de vários pacientes com sequelas de DCV, sendo a maioria dos usuários frequentes da atenção básica. Devido a isso, urge a necessidade de melhorar o cuidado a estes pacientes, abordando os fatores de risco modificáveis.

Visando alcançar esses objetivos, formulou-se este plano de intervenção estratégico voltado para redução dos fatores de risco, melhora da qualidade de vida e ampliação da longevidade da população.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar plano de ação para reduzir o risco cardiovascular dos moradores da comunidade Poeira – Alagoas.

## 4 METODOLOGIA

O plano de ação foi elaborado conjuntamente com a equipe da ESF Poeira, em reuniões semanais com a equipe.

Foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, descritos por Campos; Faria; Santos (2010), os quais mostram os momentos explicativos, normativo, estratégico e tático-operacional, com uma sequência de etapas que vai desde o diagnóstico situacional até a gestão do plano.

Sob tal orientação, foram inicialmente identificados os problemas, para em seguida serem selecionados os problemas prioritários e então a etapa da descrição dos problemas e explicação relacionada aos problemas. A partir disto, foram identificados os “nós críticos” e desenhadas operações para contorná-los. Para avaliar a viabilidade destas operações, foram identificados os recursos críticos e atores que controlam os mesmos, então analisada a viabilidade das operações. Para subsidiar a elaboração do plano foi feita uma pesquisa bibliográfica para levantar as evidências já existentes sobre o tema. Com estes dados, foi elaborado o plano operativo e definido como seria sua gestão.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família é uma parte fundamental na abordagem da Atenção Básica à Saúde (ABS). Segundo a definição do Ministério da Saúde, a ABS é o “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2011), o qual é organizada e planejada para exercer práticas de forma multidisciplinar, utilizando elevada complexidade e baixa densidade de tecnologias, para resolver os agravos a saúde de maior frequências e relevância da população, por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas. (BRASIL, 2004), sendo orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário.

A Estratégia de Saúde da Família surgiu inicialmente como uma evolução do Programa de Agentes de Saúde ocorrida no Ceará, na década de 80, com a intenção de se realizar a ponte entre os serviços de saúde e a comunidade, o qual se tornou nacional em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família, o qual reorganizava a forma de se abordar a atenção primária, estabelecendo equipes multidisciplinares com uma visão centrada nos indivíduos e famílias, com foco na prática assistencial da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Sendo assim, a ESF é estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, com a finalidade de realizar atividades de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade delimitada. (BRASIL, 2002).

## 5.2 Doenças Cardiovasculares

Sabe-se que no Brasil, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas de óbito no Brasil, representando quase um terço dos óbitos totais. Em 2007, por exemplo, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), ocorreram 308.466 mortes por doenças cardiovasculares e em 2009, foram registradas 91.970 internações por doença cardiovascular no SUS, resultando no custo de R\$ 165.461.644,33. Sendo assim, as DCV são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos. A mortalidade por DCV aumenta a partir de pressões de níveis 115/75 mmHg, aumentando progressivamente conforme o aumento da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com levantamento do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde referente ao ano de 2010, as DCV representaram a principal causa de morte em todas as regiões do país, representando cerca de 31,2% dos óbitos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Estudos multicêntricos nacionais realizados na década de 80 atestaram uma prevalência de diabetes mellitus de 7,6% na população brasileira entre 30-69 anos no Brasil, atingindo em estudos mais recentes cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Aproximadamente 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 25% da população diabética não realizam tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Em relação a HAS, a prevalência estimada na população brasileira adulta é de cerca de 15 a 20% na população geral e 65% entre os idosos. (KOHLMANN, 1999).

Para avaliar esse novo perfil epidemiológico de mortalidade, o estudo de Framingham, um estudo de Coorte a fim de identificar os fatores de risco e a fisiopatologia associada às doenças cardiovasculares, além de estimar probabilidade de ocorrer evento coronário nos próximos 10 anos, por meio do Escore de Framingham. O Escore baseia-se nos seguintes parâmetros: sexo, idade, pressão arterial sistólica, colesterol total, colesterol HDL, tabagismo e tratamento anti-hipertensivo. A partir do risco calculado, o indivíduo pode ser classificado como de risco baixo, médio ou alto para o desenvolvimento de doença arterial coronariana,

como por exemplo, morte coronariana fatal ou infarto do miocárdio não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Segundo um estudo randomizado multicêntrico com 3845 participantes, com idade média de 83 anos, concluiu-se que a redução da pressão arterial de 161/84mmHg para 144/78mmHg diminuiu em 30% o risco de acidente vascular cerebral e em 23% o risco de eventos cardiovasculares. Além disso, a HAS é considerada o fator de risco modificável mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral. Essa patologia é duas vezes mais frequente em diabéticos que em não diabéticos (BECKETT *et al.*, 2008).

Já o diabetes, é também um fator de risco importantíssimo em relação a doença arterial coronariana, uma vez que o fato indivíduo ser diabético o classifica como “Alto Risco Cardiovascular”, mesmo na ausência de qualquer manifestação cardiovascular. Além da DM, são levados em conta também na avaliação a insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica e insuficiência renal crônica estágio 3 (LIMA, LOTUFO, 2004).

Além destes fatores de risco, o estudo de Framingham avaliou também a relação entre os níveis de lipídeos séricos e o risco cardiovascular, observando que níveis elevados de triglicérides e baixos de colesterol HDL elevam o risco cardiovascular. Em relação ao peso dos pacientes, estima-se que o excesso de peso corporal seja responsável por um risco atribuível populacional de 26% dos casos de hipertensão arterial em homens e 28% em mulheres, e por cerca de 23% dos casos de doença cardíaca coronariana em homens e 15% em mulheres (WILSON *et al.*, 2002).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alto Risco Cardiovascular”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A alta prevalência de pacientes com alto risco cardiovascular pode ser descrita como um problema sério da comunidade, uma vez que contamos com uma estimativa de 410 pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 150 com Diabetes Mellitus (DM) no território, além de altos índices de dislipidêmicos (Colesterol, HDL, LDL e Triglicerídeos elevados), obesos (Índice de Massa Corpórea acima de 30kg/m<sup>2</sup>), sedentários e tabagistas. Sendo assim, boa parte da comunidade tem fatores de risco cardiovascular. Além disso, há um grande número de pessoas acamadas e pessoas com sequelas após eventos cardiovasculares agudos (Infarto Agudo, Acidente Vascular Encefálico, Insuficiência Renal Crônica).

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

O fato de a comunidade apresentar alto risco cardiovascular pode ser explicado por uma série de determinantes em saúde, que agem como fator causal ou fator agravante. As baixas condições de socioeconômicas da comunidade, por exemplo, fazem com que a população tenha uma alimentação mais barata e pouco saudável, com alto consumo de embutidos e enlatados, além de consumo de níveis elevados de sódio, gorduras e carboidratos. Esses fatores aumentam as taxas de obesidade, sendo a população mais velha predominantemente obesa. Esse fato causa uma cascata de efeitos deletérios, como maior número de pacientes com HAS (410 pacientes), DM (150 pacientes) e doenças e queixas relacionadas ao peso elevado, como a Artralgia. A Artralgia é o 4º diagnóstico mais prevalente na UBS Poeira, o qual aumenta ainda mais a quantidade de sedentários na comunidade.

Os baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade perpetuam más práticas de saúde e intensificam os fatores de risco cardiovascular. Com isso, há uma baixa

adesão as orientações medicamentosas e as mudanças de hábitos de vida, perpetuando o ciclo vicioso.

### 6.3 Seleção dos “nós críticos”

Dentre os “nós críticos” selecionados, está o fato de a população conhecer pouco sobre medidas gerais de saúde e conseqüentemente ter baixa intensidade de autocuidados. Além disso, as más práticas alimentares e sedentarismo são também um “nó crítico”, uma vez que, interferem em todos os fatores de risco simultaneamente. Outro importante “nó crítico” é a baixa adesão medicamentosa e as prescrições médicas não adequadas para o paciente. O acompanhamento longitudinal do paciente também é um fator importante, com fácil acesso ao serviço de saúde. No quadro 2, apresenta-se os “nós críticos” selecionados.

Quadro 2 - “Nós críticos” selecionados

Má adesão Medicamentosa
Mudanças de Hábitos de Vida
Adequada prescrição medicamentosa
Acesso aos serviços de saúde com acompanhamento longitudinal
Prescrição individualizada

Foram abordados, no presente plano de intervenção, os cinco “nós críticos” selecionados como prioritários, relacionados ao problema alto índice de risco cardiovascular elevado, e então elaboradas intervenções específicas para cada um deles. Segue-se uma síntese do tratamento de cada um, e quadros com detalhes.

### 6.4 Desenho das operações

Para abordar a questão da baixa Adesão Medicamentosa por parte da população, foi proposto o projeto “**Quem se Ama, Se Cuida**”, com intuito de orientar e auxiliar a comunidade sobre realizar corretamente o tratamento proposto, especialmente para as doenças crônico-degenerativas. Sendo assim, é esperada uma melhora na adesão medicamentosa e com isso uma redução na morbimortalidade das doenças

crônico degenerativas. Para conseguir tal feito, serão confeccionados o Cartão da Medicação, com tabelas com ilustrações e representações dos medicamentos para auxiliar a população a usar corretamente as medicações, em especial a população analfabeta. Além disso, serão conferidos o uso dos medicamentos a cada visita do paciente a UBS.

Ainda no programa “**Quem se Ama, Se Cuida**”, o projeto, ou operação, incentiva melhoras nos hábitos de vida da comunidade, a fim de reduzir o sedentarismo e o consumo de alimentos com alto teor de sódio, gorduras e conservantes. Para isso, será reativado o grupo de exercícios físicos e alongamentos, com reuniões semanais e abertas ao público, com auxílio do educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, serão reativados os grupos de caminhada pela orla lagunar, com orientação de educador físico do NASF e Agentes comunitários de saúde. Em relação à alimentação, será incentivado o consumo de alimentos naturais e redução nos alimentos industrializados, sendo ofertadas opções de alimentações saudáveis para servirem de exemplo para a comunidade.

Para facilitar o acesso dos pacientes de doenças crônico-degenerativas aos serviços de saúde, será criado o Programa Medicação para Todos, a fim de garantir a disponibilidade de medicações básicas para o tratamento de hipertensão, diabetes e dislipidemias na UBS ou nas farmácias populares, além de criar o Agenda Fácil, com intuito de garantir o retorno a consulta médica, de enfermagem e odontologia aos pacientes de cuidados contínuos.

Para individualizar e otimizar os cuidados dos pacientes e com isso reduzir o risco cardiovascular de maneira mais eficiente, serão feitos o programa paciente completo, em que serão avaliados com maior frequência os pés dos hipertensos e diabéticos, a fim de rastrear neuropatias e vasculopatias, além de mensurar a circunferência abdominal, item fundamental na identificação de síndrome metabólica. Em relação a medicação, será feita a atualização da prescrição de todos os hipertensos e diabéticos em seis meses com prescrição individualizada para as características de cada paciente, evitando efeitos colaterais, reduzindo o número de comprimidos ingeridos diariamente e otimizando o tratamento.

Quadro 3 – Operação para o nó crítico 1- “Má Adesão Medicamentosa” direcionada à população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Poeira, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	Má Adesão Medicamentosa
<b>Operação</b>	Melhorar a adesão medicamentosa
<b>Projeto</b>	<b>“Quem se Ama, Se Cuida- Medicações”</b>
<b>Resultados esperados</b>	-Melhora no perfil de adesão medicamentosa da comunidade em relação a medicações de uso crônico.
<b>Produtos esperados</b>	-Programa de conferência de medicações em uso. -Cartão da Medicação.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Equipe de saúde conferir e auxiliar os pacientes no uso correto das medicações <b>Cognitivo:</b> Informação sobre o tema e educomunicação <b>Financeiro:</b> Confeção de material impresso para “cartões de medicação”
<b>Recursos críticos</b>	<b>Estrutural:</b> Treinamento de equipe <b>Financeiro:</b> Confeção de material impresso para “cartões de medicação”
<b>Controle dos recursos críticos</b>	UBS (favorável), SMS (Favorável)
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar Projeto para equipe da UBS e para SMS
<b>Prazo</b>	Início em dois meses. Projeto Contínuo
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Médico e enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliação da melhora no perfil de adesão medicamentosa da comunidade em relação a medicações de uso crônico.

Quadro 4 – Operações para o nó crítico 2 – “Maus Hábitos de Vida”, direcionadas à população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Poeira, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	Maus Hábitos de Vida
<b>Operação</b>	Incentivar melhores hábitos de vida
<b>Projeto</b>	“Quem se Ama, Se cuida – Estilo de vida”
<b>Resultados esperados</b>	-Diminuir o número de sedentários em 15% em 6 meses. -Diminuir o consumo de alimentos industrializados em 1 ano. -Melhorar a percepção da importância de autocuidados.
<b>Produtos esperados</b>	-Grupo de alongamentos e exercícios físicos semanal. -Programa de caminhada orientada. -Programa “Comida de Verdade”
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Gerenciar o grupo de exercícios e organizar as caminhadas  Cognitivo: Informação sobre o tema e educomunicação  Financeiro: Aquisição de Água e lanches leves para depois das atividades.  Político: Articulação intersetorial e disponibilização de local para atividades.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Gerenciar o grupo de exercícios e organizar as caminhadas  Político: Articulação intersetorial e disponibilização de local para atividades  Financeiro: Aquisição de Água e lanches para depois das atividades.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	NASF (favorável), SMS (Indiferente), Associação de Moradores (Favorável)
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar Projeto Equipe da UBS, NASF, SMS e associação de moradores
<b>Prazo</b>	Início em três meses. Projeto Contínuo
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Agente comunitária de Saúde Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliar a diminuição do número de sedentários em 15% em 6 meses. Avaliar a diminuição do consumo de alimentos industrializados em um ano.  Avaliar a melhora da percepção da importância de autocuidados.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 3 – “Acesso aos Serviços de Saúde”, direcionada à população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Poeira, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	Acesso aos Serviços de Saúde
<b>Operação</b>	Melhor organizar e acolher as visitas dos usuários a UBS
<b>Projeto</b>	Melhora do Processo de Trabalho
<b>Resultados esperados</b>	-Garantir o retorno e acompanhamento longitudinal dos Hipertensos e Diabéticos. -Garantir medicações básicas de HAS, DM e dislipidemias na UBS ou farmácias populares. -Garantir a realização de exames básicos para pacientes com HAS e DM
<b>Produtos esperados</b>	-Programa: “Medicação para todos” -“Programa Agenda Fácil”, para simplificar e facilitar o agendamento de consultas de cuidado continuado -Programa “Exame Expresso”, para otimizar a marcação de exames para pacientes de alto risco cardiovascular
<b>Recursos necessários</b>	-Organizacional: Capacitação da equipe. -Cognitivo: Informação sobre o tema e educomunicação -Financeiro: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos -Político: Articulação intersetorial, retaguarda de especialistas e criação de nova equipe de ESF para a comunidade.
<b>Recursos críticos</b>	-Organizacional: Capacitação da equipe. -Financeiro: Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos -Político: Articulação intersetorial, retaguarda de especialistas e criação de nova equipe de ESF para a comunidade.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	SMS (Favorável), UBS (Favorável)
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar Projeto para equipe da UBS e SMS
<b>Prazo</b>	Início em 3 meses. Avaliação de resultados em 6 meses.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Diretora Administrativa Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliar a facilidade para o retorno e acompanhamento longitudinal dos Hipertensos e Diabéticos, além da disponibilidade de medicações básicas e exames.

Quadro 6 – Operações para o nó crítico 4 Cuidado Individualizado, direcionado à população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Poeira, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	Cuidado Individualizado
<b>Operação</b>	Individualizar o cuidado a partir do risco cardiovascular
<b>Projeto</b>	-Programa “Medicação Segura” -Programa “Paciente completo”
<b>Resultados esperados</b>	-Atualização da prescrição de todos os hipertensos e diabéticos em 6 meses com prescrição individualizada para as características de cada paciente. -Avaliação de circunferência abdominal na pré-consulta. -Avaliação de pés diabéticos.
<b>Produtos esperados</b>	-Programa de avaliação da circunferência abdominal e risco cardiovascular -Programa de otimização de prescrições -Programa de rastreio e manejo dos pés diabéticos
<b>Recursos necessários</b>	-Organizacional: Capacitação da equipe. -Cognitivo: Informação sobre o tema e educomunicação -Financeiro: Compra de fitas métricas e material para avaliação de membros (monofilamento 10g)
<b>Recursos críticos</b>	-Organizacional: Capacitação da equipe. -Financeiro: Compra de fitas métricas e material para avaliação de membros (monofilamento 10g)
<b>Controle dos recursos críticos</b>	SMS (Favorável), UBS (Favorável)
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar Projeto para equipe da UBS e SMS
<b>Prazo</b>	Início em 3 meses. Avaliação de resultados em 6 meses.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Médico e Enfermeira Técnica em Enfermagem e Agente comunitária de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliação de Indicadores

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este plano foi realizado de maneira coletiva, envolvendo profissionais de todas as áreas de atuação da equipe de ESF, foi de grande evolução pessoal e profissional, uma vez que, a experiência de fazer um diagnóstico situacional e criar um plano de intervenção serviu como ensinamento de como organizar e planejar ações para melhoria de um serviço, além de, aproximar os profissionais dos problemas e características da área e das maneiras de intervir.

Sendo assim, espera-se com esse plano de ação conseguir cativar a população, profissionais da saúde e gestores a realizarem intervenções que modifiquem os “nós críticos” relacionados ao cuidado as doenças cardiovasculares, diminuindo a morbimortalidade.

Para isso, espera-se que as ações desenvolvidas levem a melhorias relativas a adesão medicamentosa dos pacientes portadores de doenças cardiovasculares, melhore também os hábitos de vida da comunidade como um todo, além de otimizar e individualizar a prescrição medicamentosa e melhor o acesso aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

BECKETT, N.S. *et al.* Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. **New England Journal of Medicine**. V. 358, n.18, p.1887-98, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 13 de abr de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Recursos humanos: um desafio do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. 2002. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 13/04/2017.

G1 ALAGOAS. Seis pessoas são presas suspeitas de tráfico de drogas em Marechal Deodoro. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/seis-pessoas-sao-presas-suspeitas-de-trafico-de-drogas-em-marechal-deodoro.ghtml> . Acesso em 19/09/2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=270470> . Acesso em: 12/09/2017.

KOHLMANN J.R., Osvaldo et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12/09/2017.

LIMA, E. O. L. D., LOTUFO, A.P. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Soc. Bras. Hipertensão**. v.7, n. 3, p. XXX, 2004.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, Fev., 2006.

PREFEITURA DE MARECHAL DEODORO. Origem. Disponível em: <http://www.marechaldeodoro.al.gov.br/a-cidade/historia/>. Acesso em 12/09/2017.

PORTAL SÃO FRANCISCO. Maceió. 2017. Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/turismo/maceio>. Acesso em 12/09/2017.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 101, n. 4, sup. 1. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Epidemiologia e Prevenção. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. São Paulo. 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 24/06/2017.

WILSON, P.W.; *et al.* Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. **Archives of Internal Medicine**. v.16, n. 162, p. 1867–1872. 2002. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/212796>. Acesso em: 24/06/2017.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2013: Mortes Matadas por Armas de Fogo. Rio de Janeiro, FLACSO/CEBELA, 2013. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013\\_armas.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf). Acesso em: 19/09/2017.