

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO PAULO

PROJETO DE INTERVENÇÃO  
PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR  
NA ATENÇÃO BÁSICA

Aluno:- Rolando León Louit

Orientador:- Nielse Cristina de Melo Fattori

LIMEIRA

2015

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	3
2- PROBLEMA.....	5
3- JUSTIFICATIVA.....	5
4- OBJETIVO.....	6
5- MÉTODO.....	7
6-RESULTADOS ESPERADOS.....	9
7- CRONOGRAMA.....	10
8. - REFERÊNCIAS.....	11
9- ANEXO.....	13

## INTRODUÇÃO.

É reconhecido, que as doenças cardiovasculares continuarão sendo a principal causa de morte no mundo, cerca de 7,3 milhões/ano, número que deverá superar 23,6 milhões até 2030, especialmente na América Latina, onde cerca de 40% das mortes ocorrem durante os anos mais produtivos de vida. (1)

Nos países desenvolvidos, o foco dos cuidados clínicos mudou da cura para a prevenção, o seja, antecipar doenças futuras em indivíduos que se encontram saudáveis tornou-se prioridade sobre o tratamento. (2)

No Brasil, o processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família. Ele envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento das doenças, assim como o tratamento e a reabilitação. (3)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis representam a maior carga de morbimortalidade nos países. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. (4).

Dessas DCNT, que são um problema de saúde de grande magnitude, correspondem o 72% das causas de morte, e especialmente doenças cardiovasculares, que correspondem a 31,3%. (5) (6)

Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliar em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global. (7)

A prevenção baseada no conceito de risco cardiovascular global significa que os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados, não de maneira independente pelos riscos da elevação de fatores isolados como a pressão arterial ou o colesterol, mas pelo resultado da soma dos riscos. (8)

O risco cardiovascular é a probabilidade de sofrer uma doença cardiovascular num determinado período, geralmente 10 anos. As

enfermidades incluídas dentro do conceito de risco cardiovascular são a cardiopatia isquêmica, a doença cerebrovascular e a enfermidade arterial periférica. O risco cardiovascular e o risco coronário são termos distintos; o risco coronário só inclui a probabilidade de adoecer de uma enfermidade coronária. (9)

A enfermidade cardiovascular ataca ao homem na sua etapa mais produtiva para a humanidade, sua família e para ele mesmo (8). Constitui a primeira causa de morbidade das internações hospitalares dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (10).

A epidemiologia cardiovascular caracteriza-se por ter uma etiologia multifatorial, os fatores de risco cardiovascular potencializam-se entre eles, além, com frequência apresentam-se associados. Por isso a abordagem mais correto da prevenção cardiovascular requer uma valoração conjunta dos fatores de risco. (11)

Para prevenir a incidência dos primeiros e sucessivos episódios clínicos de cardiopatia coronária, enfermidade cerebrovascular e vasculopatia periférica é necessário atuar sobre os fatores de risco das pessoas que ainda não tem apresentado sintomas da doença cardiovascular (prevenção primária) e sobre as pessoas com cardiopatia coronária, com doenças cerebrovascular ou vasculopatia periférica estabelecidas (prevenção secundária).(12)

Um fator de risco (FR) é um elemento, ou uma característica mensurável que tem uma relação causal com o aumento da frequência de uma doença e constitui fator preditivo independente e significativo do risco de apresentar a enfermidade de interesse. (13)

Atualmente concede-se grande importância aos fatores psicossociais, como o baixo nível socioeconômico, o isolamento social, a depressão ou hostilidade e o estresse laboral ou familiar. (14)

A prevenção primária das enfermidades cardiovasculares se agrega desde o ano 1970, a prevenção secundária através dos programas de Reabilitação Cardíaca (15).

Eles oferecem:

- a) Um enfoque educacional multidisciplinar orientado principalmente à prevenção secundária da enfermidade coronária.
- b) Motivação e guia para induzir importantes mudanças nos hábitos e a conduta dos pacientes (dieta, tabaquismo, sedentarismo) em relação aos fatores de risco mais importantes da doença coronária.

c) Iniciar nos pacientes, atividades de condicionamento e exercícios físicos adequados, pelo resto da vida.

d) A oportunidade de monitorizar fatores de risco significativos depois de um evento coronário tais como a pressão arterial, colesterol, tabagismo, obesidade, diabetes.

É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multisetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) exige, incluindo de forma indispensável o cadastro de todos os pacientes.

Mas, é preciso agir com estratégias de intervenção para o êxito na prevenção e controle das doenças cardiovasculares nossa comunidade.

## **PROBLEMA**

A implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família no Brasil; desenhada depois como Estratégia de Saúde de Família, tem tido a evolução da cobertura estendida a uma grande parte da população, ao mesmo tempo em que crescem as doenças cardiovasculares. Isso requer esforços na prevenção e reabilitação dessas doenças e estratégias de intervenção.

## **PERGUNTA**

Quais estratégias deve desenvolver a Equipe de Saúde da Família, para fazer a prevenção e a reabilitação de doenças cardiovasculares?

## **JUSTIFICATIVA**

O trabalho expõe que o incremento das doenças cardiovasculares, requer o aperfeiçoamento das estratégias de intervenção para a prevenção e reabilitação destas afecções.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo geral

- Elaborar uma proposta de intervenção para a prevenção e reabilitação cardiovascular da população numa Unidade Básica de Saúde.

### Objetivo específico

- Mostrar a influencia da prevenção e a reabilitação cardiovascular na morbimortalidade da população de risco.

## **METODOLOGIA.**

Cenário de intervenção.

A intervenção será desenvolvida no município Limeira , no interior de São Paulo, com uma população estimada em 2014 (IBGE) de 294.128 habitantes. A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora do Amparo. Esta Unidade tem quatro profissionais da saúde: um médico, um dentista e duas enfermeiras.

Nesta Unidade de Saúde, a atenção é por demanda espontânea, não existe agendamento, pelo qual se precisará criar um instrumento de seleção e cadastro dos pacientes para o trabalho.

Para seleção, se adotará como critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos, de idade igual ou maior que 50 anos; estarem conscientes e orientados, apresentarem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial 1 e 2, Diabetes Mellitus II, há mais de um ano; tabagismo, sedentarismo e Cardiopatia Isquêmica, diagnosticada há mais de um ano também.

Será imprescindível o consentimento dos pacientes a participar.

Estratégias e ações.

Para o trabalho, num prazo de dois meses, será feita a coleta da informação, planejamento, elaboração do protocolo e estratégia para o trabalho com o grupo. As atividades de intervenção terão uma duração de um mês

A informação, a ser levantada com os pacientes para fazer o cadastro será:

(Ver Anexo)

- Nome e sobrenome
- Idade (data de nascimento)
- Habitudo de fumar
- Se faz alguma atividade física, além das habituais.
- Doenças (dentro das requeridas para o projeto).

Será formado grupo de 20 pessoas, com a ordem de atividades seguinte:

- a captação e o cadastro dos pacientes ao chegar a unidade por demanda espontânea, o atendimento individual em consulta médica, se informarão do projeto e sua disposição a participar. Responsável: medico e enfermeira.

- um dia da semana, será marcado para os encontros com o grupo, com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos pacientes; a primeira reunião será uma conversa sobre as doenças cardiovasculares e fatores de risco. Responsável: uma enfermeira

- as outras atividades serão similares, mas dirigidas a doenças específicas; em cada uma se solicitará o compromisso das pessoas com as caminhadas diárias pelo menos com 30 minutos de duração, durante 5 dias da semana. Responsável: uma enfermeira.

Também está previsto levar ao público-alvo informações essenciais, através de cartazes informativos.

As palestras serão realizadas numa sala da unidade Básica de Saúde.

### Avaliação

A avaliação dos resultados ocorrerá através de agendamentos de consultas de controle periódico das doenças dos pacientes participantes do Projeto, de 3 em 3 meses.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Ao final desse estudo esperamos que os pacientes possam ter adquirido conhecimento melhor sobre as doenças que apresentam, a suas participações diretas e consciente na prevenção e no cuidado, se estabelecerá o precedente de incorporar estratégias de intervenção para a atenção à saúde nessa Unidade e incidir na diminuição da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

## CRONOGRAMA.

O cronograma deste trabalho deverá cumprir as etapas necessárias para sua elaboração, incluímos tabela com a programação proposta para o cumprimento efetivo do Projeto.

Atividades	Ano 2014		Ano 2015				
	N	D	J	F	M	A	M
Levantamento bibliográfico e construção do Projeto	X	X	X	X	X	X	
Encaminhamento e aprovação do Projeto		X					
Coleta de dados do projeto		X	X				
Tabulação e análise dos resultados				X			
Revisão e envio da versão parcial do Projeto						X	
Entrega da versão final do Projeto						X	
Socialização do Trabalho							X

## REFERENCIAS.

1-Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância à Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>

2-Gervas,J; Starfield,B; Heath,I. Is clinical prevention better cure .The Lancet,Englang,v.372,n 9654,p.1997-1999,2008

3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretariade Atenção á Saúde. Departamento da Atenção Básica.Cadernos de Atenção Primaria,n. 29,Volume II.Brasilia-DF 2013.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretariade Atenção á Saúde. Departamento da Atenção Básica.Cadernos de Atenção Básica,n. 14.Brasilia-DF 2013.

5-Banco de dados do Sistema Único de Saúde. A principal causa de óbitos no Brasil. [citado 7abr 2008]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

6-Duncan, Bruce; Bartholow Chor, Dora. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil :prioridade para enfrentamento e investigação. Disponível em:<http://www.lume.ufrgs.br/hdl.handle.net/>

7-Villar Álvarez F, et al. Grupo de Expertos Del PAPPS Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria .Aten Primaria 2003;32(Supl 2):15-29

8-Villar Álvarez F, et al. Grupo de Expertos Del PAPPS Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria .Aten Primaria 2003;32(Supl 2):15-29

9-World Health Organization.Prevention of Cardiovascular Disease.Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.Geneva, 2007.

10-Fernández-Britto Rodríguez JE et al . Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana, outro eslabón de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2012. Jun;38(2): 292-299.

11-Sociedade Brasileira de Cardiologia - Carta do Rio de Janeiro – III Brasil Prevent / I América Latina Prevent Arq Bras Cardiol. 2013;100(1):3-5

12-Brasil .Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância à Saúde.Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022.

13- Lobos Bejarano JM, et al. Posicionamiento del comité español interdisciplinario de prevención cardiovascular y la sociedad española de cardiología en el tratamiento de las dislipemias. Divergencia entre las guías

europa y estadounidense. Clin Invest Arterioscl. 2014.  
doi.org/10.1016/j.arteri.2014.09.001

14-Brasil. Ministério da Saúde. Secretariade Atenção á Saúde. Departamento da Atenção Básica.Cadernos de Atenção Básica,n. 14.Brasilia-DF 2013.

15- Romero C Tomás. La rehabilitación cardíaca como punto de partida en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2000 Ago [citado 2014 Nov 17] ; 128( 8 ): 923-934. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php? http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000800013](http://www.scielo.cl/scielo.php?http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000800013).

## **ANEXO.**

### I- DADOS PESSOAIS:

01. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_\_anos.

02. Sexo:

03. Raça:

04. Qual o seu estado civil?

05. Qual a sua profissão (ou ocupação)?

06. Qual o nível de escolaridade?

### II- DADOS RELATIVOS A DOENÇAS E FATORES DE RISCO:

01. Padece alguma doença? Qual? Há quanto tempo?

02. Toma medicamento de uso contínuo? Qual?

03. Você fuma? Quantos por dia?

04. Você bebe algum tipo de bebida alcoólica? Qual a quantidade e o tipo?

06. Em relação à quantidade de sal na sua comida, quanto você coloca?

07. Gosta de alimentos que contêm gordura?

08 Faz alguma atividade física, atualmente? Qual a frequência e o tipo?