

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

ORESTES RAFAEL FLORES DELGADO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA E
COMPLICAÇÕES DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA
POPULAÇÃO ADULTA PSF DO ROSÁRIO, MUNICÍPIO de
AREADO, MG.**

POLO CAMPOS GERAIS / AREADO, MG.

2016

ORESTES RAFAEL FLORES DELGADO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA E
COMPLICAÇÕES DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA
POPULAÇÃO ADULTA PSF DO ROSÁRIO, MUNICÍPIO de
AREADO, MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: **Profa. Dra. Maria Rita Rodrigues**
(UNIFAL-MG)

POLO CAMPOS GERAIS / AREADO, MG.

2016

ORESTES RAFAEL FLORES DELGADO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA E
COMPLICAÇÕES DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA
POPULAÇÃO ADULTA PSF DO ROSÁRIO, MUNICÍPIO de
AREADO, MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dra. Maria Rita Rodrigues

UNIFAL-MG

Examinador 2: Profa. Dra. Fernanda Borges de Araújo Paula

UNIFAL-MG

Aprovado em Belo Horizonte, ____/____/2016.

DEDICATÓRIA

Dedico esta revisão à minha mãe que me deu apoio e força nas horas difíceis de cansaço. A minha esposa e meus filhos que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. A Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde da Família do Rosário, Areado, MG; por renovar em mim o desejo de ser um profissional e uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao povo areadense, à esta Universidade, à minha orientadora e professores pela compreensão e apoio durante a realização desta pós-graduação. Aos companheiros de estudo, trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

RESUMO

O Município de Areado está Localizado na Mesorregião: SUL / SUDOESTE DE MINAS. Microrregião: Alfenas. MG; com uma população de 13.731. A UBS/ PSF do Bairro do Rosário, tem um Equipe básico de saúde é presta atendimento a 3 874 pacientes, após identificar os problemas que atingem a nossa população selecionamos a Risco de doenças cardiovasculares aumentado como problema priorizado. As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. No Brasil, observou-se um aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dentre as DCNT, destacam-se as DCV, As doenças cardiovasculares na unidade de saúde representa aproximadamente um 31% da população com mais de 18 anos. Nosso estudo apresentou como objetivo geral elaborar um projeto de intervenção para diminuir risco de doenças cardiovasculares em uma UBS. Estimativa Rápida foi o método utilizado para elaboração do diagnóstico de saúde e para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional, foi realizada uma revisão bibliográfica (revisão narrativa) em Biblioteca Virtual em Saúde- BVS é em banco de dados eletrônicos. O estudo mostrou que aumentar o conhecimento das consequências da doença à prática de um estilo de vida saudável é um adequado controle contínuo e diminui o risco de complicações posteriores.

DESCRITORES: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Sobrepeso, Hábito de fumar, Estilo de vida Sedentário, Cardiopatia Isquêmica (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC).

ABSTRACT

The Municipality of Areado is located in Mesoregion: SOUTH / SOUTHWEST OF MINES. Microregion: Alfenas. MG; with a population of 13,731. UBS / PSF Bairro do Rosário, has a basic health team is it provides services to 3874 patients, after identifying the problems that affect our population selected to increased cardiovascular disease risk as a prioritized issue. Cardiovascular diseases (CVD) are currently the most common causes of morbidity and the leading cause of mortality worldwide. In Brazil, there was an increase in deaths from non-communicable diseases (NCD) among NCDs, there are the CVD, cardiovascular disease at the health facility is about a 31% of the population over 18 years. Our study has the general objective of preparing an intervention project to reduce risk of cardiovascular disease in a UBS. Quick estimate was or method for making the diagnosis of health and the development of the intervention plan was used the Strategic Planning Method Situational, a literature review was performed (narrative review) Virtual Library Health- VHL is in database electronics. The study showed that increasing the knowledge of the consequences of the disease to the practice of a healthy lifestyle is proper control continuous and decreases the risk of further complications.

KEYWORDS: Hypertension, Diabetes Mellitus, Dyslipidemia, Overweight, Smoking, Sedentary Lifestyle, Ischemic Heart Disease (AMI), cerebrovascular accident (CVA).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OJETIVOS	16
4 METODOLIGIA.....	17
5 REVISÃO LITERATURA.....	18
6 PLANO DE AÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
8 REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O Município de Areado está Localizado na Mesorregião: SUL/SUDOESTE DE MINAS. Microrregião: Alfenas, MG. Com uma Altitude da sede: 801 metros, uma área de: 281 km² é Densidade Demográfica de 46.66; Habitantes por Km² com uma população de 13.731 (2010), Temperatura média em graus centígrados: máxima 30°; mínima 13° - compensada: 22°. A povoação foi fundada em 25 de abril de 1823. A primeira denominação foi Povoador de São Sebastião de Areado, até quando criou-se a vila que recebeu o nome de Vila Gomes. Em 20 de setembro de 1919, teve seu nome trocado para Areado, pela Lei Estadual nº 747. Desde os tempos coloniais, os descobridores de Minas chamavam de Areado a um lugar plano e arenoso, a beira-rio ou qualquer terreno onde há muita areia fina como em baixada de vales, margem de rio, ribeirão ou córrego. A prosódia vulgar mineira é “ariado”. Quem nasce em Areado é AREADENSE.

O Município de Areado encontra-se em condições privilegiadas, considerando-se que a situação, meios de comunicação, qualidade de terras férteis, clima e, principalmente, após a construção da barragem de Furnas, tornando-se circulada por belos lagos, com atrativos existentes em suas margens, aliado à paisagem natural de extrema beleza, com montanhas, vales e matas naturais, propícios ao desenvolvimento do turismo.

Orgulhosamente, nossa cidade foi cognominada;

“AREADO MORADA DOS PEIXES”.

Areado conta com domicílios em geral razoáveis, com abastecimento de água pela COPASA e fornecimento de energia elétrica pela CEMIG. Cidade 100% dotada de infraestrutura urbana, servida também por serviços de Telefonia e por Correios. A religião predominante é a Católica, existindo também a Presbiteriana Independente do Brasil, Assembleia de Deus, a Cristã do Brasil, Deus é Amor e outras. A situação socioeconômica do Município, apresenta-se em ascensão acentuada, acompanhando satisfatoriamente o desenvolvimento empreendido em todo o país. Areado, pela sua situação geográfica privilegiada, pelo seu clima temperado, por suas terras férteis, pela

Represa do Lago de Furnas que circunda quase que a totalidade de suas linhas limítrofes e por muitos outros fatores que o beneficia, acha-se pelo desenvolvimento socioeconômico:

Na saúde e assistência, contamos com a Santa Casa de Misericórdia, 5 Postos de Saúde e várias farmácias, além de convênio com CISLAGOS (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região dos Lagos). O Orçamento municipal destinado à saúde é de 29.859.656,38. Conta com um Conselho Municipal de Saúde; composto por 8 integrantes titulares e 8 suplentes (4 usuários, 2 entidades dos trabalhadores de saúde, 2 representantes do governo e prestadores de serviços privados).

A UBS/ PSF do Bairro do Rosário, encontra-se localizado na Avenida Trajano Virgílio Franco, S/N, Bairro Rosário, Município Areado, MG, com fácil acessibilidade para seus moradores. Tem um área física composta por: salas de atendimento médico(3), sala de curativo(1), sala de triagem(1), recepção(1), farmácia(1), sala de fisioterapia(1), cozinha(1), sanitários(5), com horário de funcionamento de 8 horas, das 07:00 às 16:00 horas, conta com um Médico, uma Enfermeira, uma técnica em enfermagem, duas fisioterapeutas, 8 Agentes Comunitários de Saúde, uma fonoaudióloga, uma auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista.

Entre as principais atividades desenvolvidas temos: consultas médicas, visitas domiciliares, vacinação, curativos, palestras, realização de exame cito patológico, pré-natal com realização de exame de toxoplasmose, fisioterapia, confecção de cartão do SUS, protocolo de exames e triagem (PA, glicemia e antropometria) e reuniões de equipe. É prestado atendimento a 3 874 pacientes.

Tabela 1(Anexo)

Para a realização do diagnóstico da situação de saúde utilizamos o método de estimativa rápida com o objetivo de coletar a maior quantidade de dados possíveis referentes aos principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de abrangência. Depois de reunir a equipe de saúde para uma pré-análise e identificação dos principais problemas de saúde que atingem a nossa população foram selecionados quatro problemas principais.

➤ **Problemas identificados por ESF do Bairro de Rosário.**

1. Alta prevalência de pessoas idosas com doenças não transmissíveis com pouco o mau controle.
2. Risco aumentado de doenças cardiovasculares.
3. Alta prevalência de Transtornos Mentais e Comportamentais.
4. Desemprego.

➤ **Priorização de problemas.**

Prioridades para os problemas identificados no diagnóstico.

Problemas P. Seleção	Importância	Urgência	Cap. de enfrentamento.
1.	9	Alta	Parcial 2
2.	9	Alta	Parcial 1
3.	7	Meia	Parcial 2
4.	8	Meia	Fora 3

Problema definido como prioridade número 1 foi e número 2: “**31%** da população com mais de 18 anos tem risco de doenças cardiovasculares aumentado no território”

Para descrição e caracterização do problema priorizado, a Equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SUS e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados ao risco cardiovascular aumentado (número de hipertensos, diabéticos, tabagistas, Dislipidemias, etc.), da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de hipertensão e diabetes, etc.) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

➤ **Descrição e caracterização do problema priorizado.**

– Descritores do problema risco aumentado de doenças cardiovasculares – ESF.

Descritores	Valores	Fonte
Hipertensos cadastrados	709	Registro da equipe
Hipertensos confirmados	700	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados (protocolo)	700	Registro da equipe
Hipertensos controlados	631	Registro da equipe
Diabéticos cadastrados	220	Registro da equipe
Diabéticos confirmados	220	Registro da equipe
Diabéticos acompanhados (protocolo)	220	Registro da equipe
Diabéticos controlados	166	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia	209	Registro da equipe
Sobrepeso	188	Registro da equipe
Tabagistas	476	Registro da equipe
Sedentários	301	Registro da equipe
Complicações cardiovasculares (I A M é A V C)	22	Registro da equipe
Internações por causas cardiovasculares	14	Registro da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	5	Registro da equipe

➤ **Explicação do problema.**

Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Conhecer é conhecer pela causa – o que significa descobrir o modo pelo qual algo é produzido. Portanto, conhecer adequadamente uma coisa é conhecer o seu modo de produção. Partindo-se desse pressuposto, pode-se entender que uma explicação situacional, como um processo de conhecimento, deve ser

capaz de compreender o modo como um problema é produzido, identificando quais são as causas desse problema e qual a relação entre elas.

Causas; Prevalência aumentada de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tabagismo, Sedentarismo, Alcoolismo, Maus Hábitos e Estilos de vida, Alimentação, Dislipidemias, Cardiopatias Isquêmicas (IAM), Acidentes Cérebro Vasculares, Educação e Informação em saúde insuficiente.

Consequências; Infarto Agudo Miocárdio, Acidentes Cérebro Vasculares, Invalidez, Desemprego é aumento na Morbimortalidade.

(Árvore explicativo do Problema). Gráfico 1

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.

Depois de explicado o problema e identificadas as causas consideradas mais importantes, foi necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos. No Brasil, assim como em outros países da América Latina, observou-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, caracterizado pelo aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre as DCNT, destacam-se as DCV e a hipertensão arterial (HA) com uma prevalência estimada de 35% na população acima de 40 anos. A instalação da HA ocorre cada vez mais precocemente e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença no país. (CASTRO, 2004; CAMPILHEIRA, 2008; MUNIZ 2012)

As doenças cardiovasculares na unidade de saúde representam aproximadamente um 31% da população com mais de 18 anos o que constitui um problema de saúde muito importante para ser abordado desde sua prevenção, o não controle trairia como consequências um incremento de Doenças Isquêmicas do Coração, Acidentes Cérebro Vasculares, Doenças Renal Crônicas, Invalidez e aumento da Mortalidade. (DADOS, 2015)

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle das doenças cardiovasculares (DCV), na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente como seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada. (GRILLO, 2012).

A Escolha do tema está relacionada pelo elevado número de pacientes com Doenças cardiovasculares (DCV) na área de abrangência do UBS/ PSF do Bairro Rosário, Município Areado, MG;

“31% da população com mais de 18 anos tem risco de doenças cardiovasculares aumentado no território”, isto aumenta consideravelmente o risco de morbimortalidade por estas doenças. Depois de realizar um análises dos problemas identificados é priorizados, nosso equipe considerou que é preciso elaborar um projeto de intervenção para garantir o acompanhamento e abordagem adequada desses pacientes.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Elaborar um projeto de intervenção para diminuir risco de doenças cardiovasculares em Bairro do Rosário, município de Areado, MG.

Objetivos Específicos

- Descrever as Doenças cardiovasculares (DCV) como problema de saúde.
- Identificar hábitos e estilos de vida inadequados.
- Aumentar nível de informação sobre risco de doenças cardiovasculares.
- Implantar cuidado contínuo para todas as doenças cardiovasculares.
- Determinar as principais causas ou fatores que influem no aparecimento de complicações das Doenças cardiovasculares (DCV).

4 METODOLOGIA

Estimativa Rápida foi o método utilizado para elaboração do diagnóstico de saúde do bairro do Rosário. A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. E para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional – PES; O Planejamento Estratégico e Situacional, sistematizado originalmente pelo Economista chileno Carlos Matus, diz respeito à gestão de governo, à arte de governar. O planejamento visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países. O processo de planejamento, portanto diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura. O PES é um método que pressupõe constante adaptação a cada situação concreta onde é aplicado.

Foi realizada uma revisão bibliográfica (revisão narrativa) em Biblioteca Virtual em Saúde- BVS é em banco de dados eletrônicos. (Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), SciELO – Scientific Electronic Library Online, MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Além disso, utilizamos dados da unidade básica de saúde, do Município e Ministério da Saúde.

DESCRITORES: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Dislipidemias. Sobrepeso, Hábito de fumar, Estilo de vida Sedentário, Cardiopatia Isquêmica (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC).

5 REVISÃO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares contribuem significativamente, como grupo causal, para a taxa de mortalidade em todas as regiões brasileiras, principalmente na Região Sudeste, onde fica nosso município. Além disso, constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em Saúde no Brasil. O ônus econômico das doenças cardiovasculares tem crescido exponencialmente nas últimas décadas. O risco de se desenvolver doença cardiovascular é avaliado com base na análise conjunta de características que aumentam a chance do indivíduo vir a apresentar a doença. O conhecimento desses fatores associados ao risco é de grande importância para o estabelecimento de estratégias de prevenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MANSUR, 2012)

Estas doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos no ano 2009. As doenças isquêmicas do coração (DIC) foram responsáveis por 95.449 mortes e as doenças cerebrovasculares por 97.860 mortes. As causas cardiovasculares atribuíveis à aterosclerose foram responsáveis por 193.309 mortes. (MANSUR, 2012)

As doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), as DANT são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes no mundo e 46% da carga global de doenças que atinge a população mundial. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005)

[...] As DANT seguem padrão semelhante no Brasil e foram a principal causa de óbito em 2007, principalmente as doenças cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 32,1% do total de mortes na região Sul no mesmo período” (MUNIZ, 2012, p 42).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco modificáveis responde pela grande maioria das mortes e por fração importante da carga de doenças devida às DANT. Dentre esses fatores, encontram-se o tabagismo, a inatividade física e as dislipidemias (associadas principalmente ao consumo excessivo de gorduras de origem animal). (WORD, 2005).

Estudos brasileiros de base populacional e em populações específicas mostram elevadas prevalências desses fatores isoladamente.

Estudos em países desenvolvidos mostram que fatores de risco cardiovasculares tendem a coexistir em certos grupos sociodemográficos e são mais prevalentes entre homens, indivíduos mais jovens e com baixo nível econômico e educacional. (WORD, 2005, apud POORTINGA W, 2006) O volume de informações de base populacional sobre a aglomeração de fatores de risco comportamentais (FRC) para DCV é escasso no Brasil (PEREIRA J C, BARRETO S M, PASSOS VMA, 2009), sobretudo sobre a coexistência de fatores como tabagismo, inatividade física e consumo excessivo de gorduras de origem animal.

A epidemiologia da doença e resultados de estudos de intervenção mostram que a DCV é passível de prevenção. (EPSTEIN F H, 1996). Sua prevenção, no entanto, não é fácil porque envolve mudança de comportamento dos indivíduos e da sociedade. A DCV é uma enfermidade que se desenvolve ao longo de décadas. O período de pré-patogênese de sua história natural compreende a presença de FRC (tabagismo; sedentarismo; alimentação pobre em cereais, frutas, legumes e verduras e peixes; e alto consumo de ovos, carne vermelha, produtos lácteos, açúcar refinado e sal), que se somam ao desenvolvimento de outros fatores de risco, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus e dislipidemias.

O sedentarismo é responsável por 22% dos casos de cardiopatia isquêmica e por 10% e 16% dos casos de câncer de mama e cólon, respectivamente. (ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2013). Estudos que investigaram o consumo habitual de gordura de origem animal identificaram que a ingestão elevada de gorduras saturadas e alimentos ricos em colesterol aumenta o risco de doença coronariana, isquemia e outras DCV.

Da mesma forma, carnes vermelhas, carnes processadas e leite integral, por serem alimentos de origem animal, são fontes de colesterol e gordura saturada e seu consumo excessivo pode levar a dislipidemia (hipercolesterolemia). (MUNIZ, 2012) O elevado consumo de alimentos embutidos constitui fator de risco para o desenvolvimento de HAS, devido ao alto teor de sódio.

A elevada concomitância de fatores de risco para DCV, como tabagismo, alcoolismo, inatividade física, obesidade, HAS, diabetes, hipercolesterolemia e consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras, foi encontrada em estudos anteriores no País e em outras partes do mundo. (POORTINGA W, 2006 apud MUNIZ, 2012).

Diferenças por idade foram observadas no maior acúmulo de FRC (três ou mais fatores). Estudos mostraram relação direta entre maior acúmulo de fatores de risco e maior idade, provavelmente porque avaliaram fatores como HAS, obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus, que tendem a ser mais prevalentes com o aumento da idade. Embora idade, raça e sexo não sejam modificáveis, a maioria dos fatores de risco é relativa a estilo de vida e comportamentos que podem ser modificados. Diversas intervenções voltadas para a redução de FRC têm sido realizadas nas últimas décadas. Em relação à atividade física, por exemplo, intervenções no ambiente físico/ construído (espaços com acesso à prática de atividade física) e social, e abordagens em faixas etárias mais jovens, como escolares, mostram-se efetivas. (KAHN E B, 2002)

A elevada prevalência de múltiplos FRC para DCV reforça a importância de intervenções e políticas públicas voltadas para sua redução. Existem evidências do efeito de intervenções na redução da prevalência da inatividade física, alimentação inadequada e tabagismo. Programas de prevenção de FRC para DCV que abordem múltiplos fatores e alcancem altas coberturas populacionais são necessários. (RIBEIRO A G et al, 2012; MUNIZ, 2012)

As DCV estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por altos custos diretos e indiretos. A alta prevalência das DCNT, em especial as DCV, tem imposto desafios para o setor saúde e para as políticas públicas envolvidas no combate aos seus fatores de risco.

Estratégias de saúde pública, como as intervenções comunitárias, têm sido implantadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, como forma de enfrentamento das DCV a partir do enfoque de risco, traduzindo a tentativa de mudança do modelo de assistência prestada à população, fortalecendo os princípios da prevenção e da promoção, através de ações integradas e intersetoriais, com a participação efetiva da comunidade. No Brasil, a implantação de sistemas de vigilância desses fatores está em consonância com esse novo enfoque. No entanto, muitos desafios permanecem no enfrentamento das DCV, principalmente no que diz respeito à integração das políticas públicas aos serviços de saúde. Nesse sentido, a atenção básica mostra-se como peça fundamental de elo entre políticas de saúde e a comunidade, e a ESF como estrutura potencial na consolidação da promoção da saúde. (RIBEIRO, 2012)

6 PLANO DE AÇÃO

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. Depois de analisar e identificar os principais problemas de saúde que atingem a nossa população selecionamos como problema principal; Risco de doenças cardiovasculares aumentado já que o “31% da população com mais de 18 anos tem risco de doenças cardiovasculares aumentado”, posteriormente foi realizado uma descrição e caracterização do problema assim como a explicação dele e identificadas as causas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. (Nó crítico).

➤ **Problemas considerados “nós críticos” pela Equipe:**

- Hábitos e estilos de vida;
- nível de informação;
- processo de trabalho da equipe de saúde.

➤ **Desenho das operações.**

Depois de explicar e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

São objetivos desse passo: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante lá execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos:

- Econômicos (Financeiros). Mais valorizado.

- Organizacionais (Estrutura Física, Recursos Humanos, Equipamentos).
- Cognitivos (Conhecimentos).
- De Poder (Políticos).

Geralmente não damos importância aos recursos Políticos, Organizacionais e Cognitivos, mas são fundamentais para o sucesso de um plano.

A Equipe de Saúde do Rosário propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

Quadro I. Desenho de operações para os “nós críticos” do problema Risco de doenças cardiovasculares aumentado.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Maus hábitos e estilos de vida	Gerar saúde / modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 11 % número de Obesos, sedentários é tabagistas, prazo de 1 ano	Campanha educativa na rádio, programa de caminhada	Organizacional; organizar as caminhadas. Cognitivo; informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Financeiro; adquirir recursos. Político; mobilização social e articulação intersetorial.

Pobre nível de informação	Saber mais / aumentar nível de informação sobre risco de doenças cardiovasculares.	População mais informada	Capacitação ACS, Campanha educativa na rádio, programa de saúde escolar.	Organizacional; organização da agenda. Político; articulação Intersectorial (educação, saúde, social) Cognitivo; conhecer tema, estratégias de comunicação e pedagógicas.
Processo e trabalho ESF, inadequado	Cuidado contínuo / implantar cuidado contínuo para risco de doenças cardiovasculares	Cobertura de 70 % população com risco	Protocolos de cuidados contínuos implantados, pessoal capacitado, Regulações implantadas	Políticos; articulações entre os setores de saúde. Cognitivo; elaboração de projeto, e protocolos. Organizacional; organizar fluxos

➤ **Identificação dos recursos críticos.**

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com 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.

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e 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.

Quadro II – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

Operação / Projeto	Recursos Críticos.
Gerar saúde	Político → conseguir o espaço na rádio local. Financeiro → aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Saber mais	Político → articulação intersetorial.
Cuidado contínuo	Político → articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.

➤ **Análise de viabilidade do plano.**

Análise de viabilidade é a ideia central que preside esse passo – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Que são aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus objetivos:

1. Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação.
2. Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano.
3. Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.
- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

Motivação favorável – o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.

Motivação indiferente – pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.

Motivação contrária – caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la uma oposição ativa ao plano.

É preciso estar atento para o fato de que a avaliação sobre a motivação de outros atores é sempre situacional e, portanto, instável e sujeita a mudanças.

Quadro III - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Gerar Saúde Modificar hábitos de vida.	Político → conseguir o espaço na rádio local;	Setor de comunicação social.	Favorável	Não é necessária.
	Financeiro → para aquisição de recursos	Secretário de Saúde.	Favorável.	

	audiovisuais, folhetos educativos.			
Saber Mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Político → articulação com a Secretaria de Educação	Secretaria de Educação	Favorável.	Não é necessária
Cuidado Contínuo Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político → articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária

➤ **Elaboração do plano operativo.**

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas. O papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano.

A responsabilidade por uma operação só pode ser definida para pessoas que participam do grupo que está planejando. Não podem ser responsabilizados aqueles que não estão participando da elaboração do plano, o que não quer dizer que estes não possam ser mobilizados para contribuírem ativamente com a sua implementação.

Quadro IV. Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Gerar Saúde Modificar hábitos de vida.	Diminuir em 11 % o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa Alimentação Saudável	-----	Alberto Elisângela	1 mês para iniciar atividades
Saber Mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	População mais informada sobre riscos cardiovasculares.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores.		Luciana Orestes	Início 3m Termino; 6 meses Início; 2 m Termino; 8 m I; 4m T; 12m I; 1 m T; 3m
Cuidado contínuo Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Cobertura de 70 % da população com risco	Implantar C. contínuo para risco cardiovascular; protocolos implantado. Recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão de Cuidado C implantada.		Coordenador de ABS Orestes	Início em três meses e finalização em 12 meses

➤ **Gestão do plano.**

A finalidade deste passo é desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias.

Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão.

TABELA 2- Operações sobre os Maus hábitos e estilos de vida relacionados ao problema; Risco de doenças cardiovasculares aumentado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Bairro de Rosário, Município Areado, Minas Gerais.

Nó crítico	Maus hábitos e estilos de vida
Operação	Gerar saúde
Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir em 11 % número de Obesos, sedentários e tabagistas, prazo de 1 ano
Atores sociais/ Responsabilidades	Comunidade/Equipe de saúde/coordenador(a)ESF
Recursos necessários	Estrutural: organizar as caminhadas ou atividades físicas. Grupos para a cessação de fumar. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Financeiro: adquirir recursos. Político: mobilização social e articulação Inter setorial.
Recursos críticos	Político → conseguir o espaço na rádio local. Financeiro → aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social e Secretário de Saúde. Motivação: Favorável.

Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis	Alberto, Elisângela e Luciana
Cronograma / Prazo	Atividades físicas em funcionamento de segunda a quinta. 0.45 hora. Grupo para cessação de fumar em funcionamento uma vez por semana.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento por ESF; será avaliado em cada reunião de equipe.

TABELA 3- Operações sobre o Pobre nível de informação relacionado ao problema; Risco de doenças cardiovasculares aumentado na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Bairro de Rosário, Município Areado, Minas Gerais.

Nó crítico	Pobre nível de informação
Operação	Saber mais
Projeto	Aumentar nível de informação sobre risco de doenças cardiovasculares
Resultados esperados	População mais informada 75%
Atores sociais/ Responsabilidades	Comunidade/Equipe de saúde/coordenador(a)ESF
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda. Cognitivo: conhecer tema, estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: Adquirir bibliografia. Político: articulação Inter setorial (educação, saúde, social)
Recursos críticos	Político → articulação Intersetorial.
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde e Educação. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis	Luciana e Orestes
Cronograma / Prazo	Iniciado/ término; em 12 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento por ESF; será avaliado em cada reunião de equipe.

TABELA 4- Operações sobre o Processo e trabalho ESF inadequado relacionado ao problema; Risco de doenças cardiovasculares aumentado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Bairro de Rosário, Município Areado, Minas Gerais.

Nó crítico	Processo e trabalho ESF inadequado
Operação	Cuidado contínuo
Projeto	Implantar cuidado contínuo para risco de doenças cardiovasculares
Resultados esperados	Cobertura de 70 % população com risco
Atores sociais/ Responsabilidades	Comunidade/Equipe de saúde/coordenador(a)ESF
Recursos necessários	Estrutural: organizar fluxos Cognitivo: elaboração de projeto, e protocolos. Financeiro: Adquirir bibliografia. Político: articulações entre os setores de saúde.
Recursos críticos	Político → articulação dos setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos / viabilidade	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis	Coordenador(a) de ABS é Orestes
Cronograma / Prazo	Em funcionamento
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento por ESF; será avaliado em cada reunião de equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta como proposta de intervenção realizar um plano de ação para diminuir a incidência e complicações das Doenças Cardiovasculares na população adulta do PSF do Rosário, Município Areado.

Sabe-se que a atenção básica ou atenção primária à saúde, configura-se como porta de entrada do usuário para ações de promoção à saúde e prevenção, a mesma constitui também como uma forma de proporcionar melhorias no bem estar das pessoas, além de proporcionar o conhecimento das doenças decorrentes na população adstrita em seu território.

A alta incidência de Doenças Cardiovasculares constitui-se uns dos maiores desafios para os profissionais da saúde no controle das mesmas. A adesão ao tratamento é, por tanto, um processo colaborativo que facilita a aceitação e uma integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.

Porém, são muitos os fatores que contribuem para a alta incidência e complicações das Doenças Cardiovasculares, tais como, a inadequada relação médico - paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vida e uso errôneos de medicamentos, entre outros.

Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto, além de outros agravos que estão presentes no cotidiano dessa unidade de saúde, conclui-se que:

- É imprescindível conhecer a área de abrangência de atuação onde a unidade de saúde está inserida, pois desta forma é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população.
- Todos os profissionais de saúde que compõem a equipe devem juntamente com os usuários se mobilizarem para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados positivos e efetivos.
- A implantação do projeto de intervenção proposto irá aumentar o conhecimento dos usuários em relação à doença, riscos, hábitos de vida saudáveis, para ajudar no controle.

- Com a conscientização dos profissionais de saúde e a incorporação desses cuidados, poderá haver uma melhora na qualidade de vida da população adstrita.

8 REFERÊNCIAS.

1. BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:
2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:
3. CASTRO, L C V et al; Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Rev. nutr*;17(3):369-377, jul.-set. 2004.
4. CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em:
5. CAPILHEIRA MF, Santos IS, Azevedo Jr MR, Reichert FF. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population based study in the South of Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(12):2767-74.
6. DADOS coletados em UBS é por pesquisas com os habitantes e as agentes de saúde da equipe. Bairro Rosário, Areado, MG, 2015.
- 7.ELLEY, C.R.; KERSE, N.M.; ARROLL, B. Why target sedentary adults in primary health care? Baseline results from the Waikato heart, health, and activity study. *Preventive Medicine*, New York, v.37, p.342-8, 2003
- 8.EPSTEIN FH. Cardiovascular disease epidemiology: a journey from the past into the future. *Circulation*. 1996;93(9):1755-64.
- 9.FRANCISCO, C C et al.; **Planejamento e avaliação das ações em saúde**, Coopmed, Nescon UFMG, Belo Horizonte, 2010.
- 10.GRILLO, M.J.C. **Educação permanente em saúde** – espaços, sujeitos e tecnologias na reflexão sobre o processo de trabalho. 2012. Tese (Doutorado). Disponível em:<<http://hdl.handle.net/1843/GCPA-8UYMTW>>Aceso em :11 mai.2015.

11. GAMA, G.G. et al. Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Rev enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p.650-655, 2010.

12. KAHN EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2002;22(4 Suppl 1):73-107.

13. MANSUR, AP, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.99 no.2 São Paulo Aug. 2012

14. MUNIZ, L C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública, RS, Brasil**, 46(3):534-42, 2012.

15. MINISTÉRIO da Saúde (MS). Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

16. MATHEUS, B. et al. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo**, v.24, n.2, p.293-303, abr./jun. 2010

17. ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2013.

18. PLANO 2014 a 2017. Ações e programações de saúde de Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde, 2014.

19. POORTINGA W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Prev Med.* 2006;44(2):124-8.

20. PEREIRA JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(6):491-8.

21. RIBEIRO A G et al.; A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):7-17, 2012

22.SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.256-312, 2006.

23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva; 2005.

ANEXO:

Gráfico 1. Árvore explicativa do Problema.

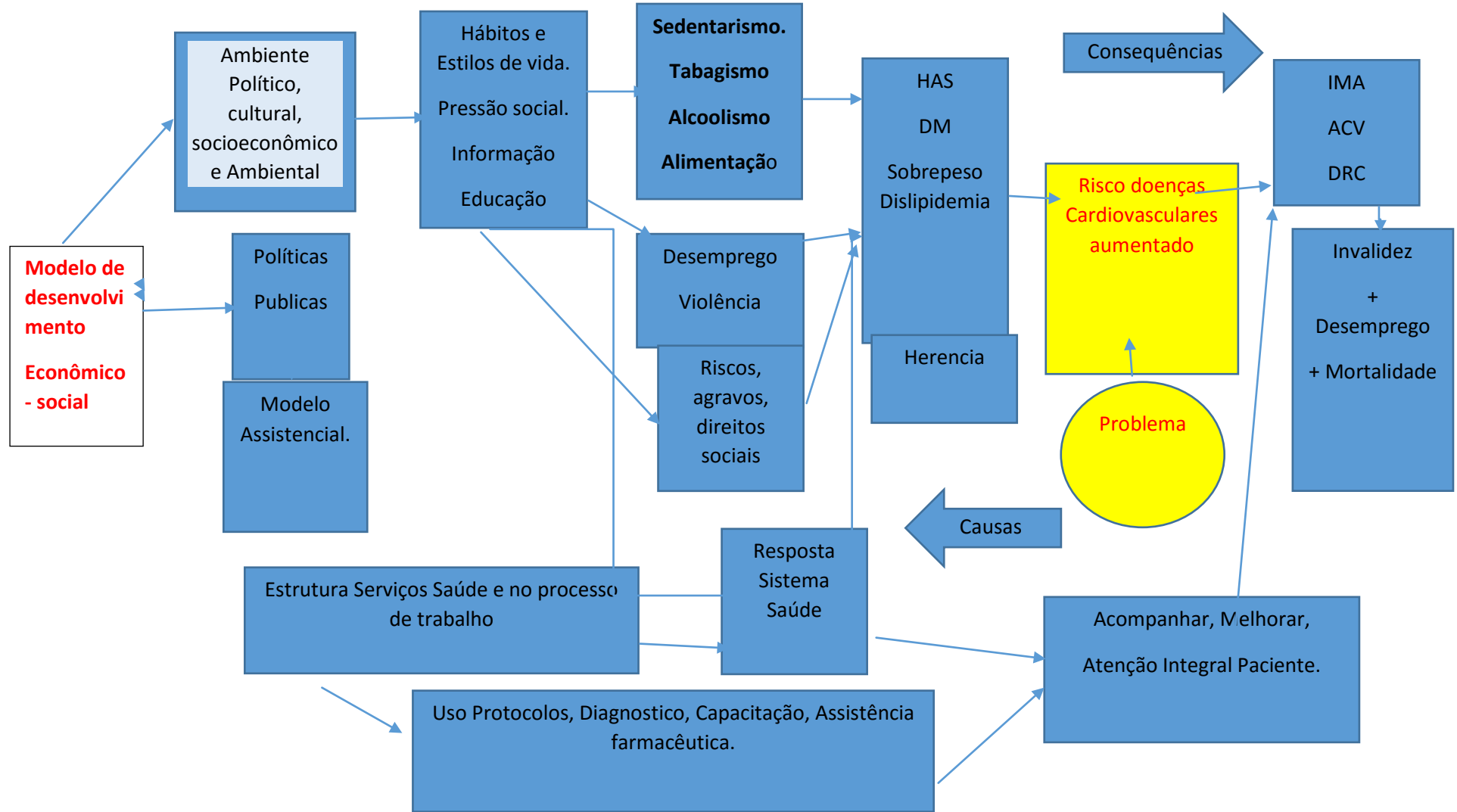


Tabela 1. Cadastro Familiar. PSF do rosário.

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total	%
< 1mes	1	1	2	
1 a 11 meses	22	10	32	
12 a 23 m	21	17	38	
2 a 4 anos	74	67	141	
5 a 9 anos	117	128	245	
Subtotal Crianças	235	223	458	11,82
10 a 14 anos	133	159	292	
15 a 19 anos	147	119	266	
Subtotal Adolescentes	280	278	558	14,40
20 a 24 anos	148	156	304	
25 a 29 anos	159	141	330	
30 a 34 anos	147	156	303	
35 a 39 anos	157	140	297	
40 a 44 anos	129	134	263	
45 a 49 anos	140	127	267	
50 a 54 anos	122	129	251	
55 a 59 anos	98	123	221	
Subtotal Adultos	1100	1136	2236	57,71
60 a 64 anos	84	79	163	
65 a 69 anos	72	66	138	
70 a 74 anos	68	68	136	
75 a 79 anos	46	46	92	
>= 80 anos	53	40	93	
Subtotal Idosos	323	299	622	16,05
Total	1938	1936	3874	100,0

Fonte. Dados PSF do Rosário. Areado, MG. 2015.