

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Amilton Amadeu Cogo Júnior

COMO DIMINUIR O RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Alagoas
2020**

Amilton Amadeu Cogo Júnior

COMO DIMINUIR O RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Me. João Klínio Cavalcante.

Alagoas
2020

Amilton Amadeu Cogo Júnior

COMO DIMINUIR O RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista. Sob orientação do Docente Me. João Klínio Cavalcante

BANCA EXAMINADORA

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

APROVADO EM: ___/___/_____

Somente através da ajuda da Inteligência Infinita de Deus que este trabalho foi concluído de forma satisfatória. Agradeço e dedico esta monografia a Ele,

Pelo carinho, afeto, dedicação e cuidado que meus pais me deram durante toda a minha existência, dedico esta monografia a eles. Com muita gratidão.

“A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento” (Frederick Herzberg)

AGRADECIMENTOS

Ao povo belenense, a esta universidade, á meu orientador e professores, pela compreensão e apoio durante a realização deste pós graduação. Aos companheiros de estudos, trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que continuarão presente em minha vida.

RESUMO

As doenças cardiovasculares estão estreitamente relacionadas com os dados elevados de morbidade e mortalidade no Brasil. Os fatores de riscos cardiovasculares com maior relevância são aqueles que apresentam alta prevalência na população, podendo ser classificados em não modificáveis como associados à história familiar, idade, sexo e etnia, e os modificáveis, passíveis de controle como Hipertensão Arterial, Diabetes, sedentarismo, Dislipidemia, tabagismo, estresse, obesidade, hábitos alimentares. A Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde de Belém presta atendimento a uma grande quantidade de usuários portadores de doenças crônicas que conseqüentemente desenvolveram sequelas de complicações destas afecções, sendo assim o principal objetivo desta pesquisa é modificar os fatores de risco cardiovascular e diminuir os índices de morbidade e mortalidade causadas por doenças cardiovasculares. Trata-se de um estudo realizado no segundo semestre do ano de 2019, em todos os pacientes que procuraram atendimento na UBS centro de Belém com o intuito de avaliar os fatores de riscos cardiovasculares mais frequentes. Durante o balizamento do estudo, encontrou-se alta prevalência dos fatores de risco cardiovasculares entre os entrevistados e mostra a importância de medidas de promoção/prevenção e conscientização de todos os profissionais da ESF para reduzir os fatores de risco presente nesta comunidade.

Palavras-chave: Doença Cardiovascular. Prevenção. Saúde da Família

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are closely related to the high data on morbidity and mortality in Brazil. The most relevant cardiovascular risk factors are those with a high prevalence in the population, which can be classified as non-modifiable as associated with family history, age, sex and ethnicity, and the modifiable ones, which can be controlled, such as Arterial Hypertension, Diabetes, sedentary lifestyle, Dyslipidemia, smoking, stress, obesity, eating habits. The Basic Health Unit Health Center of Belém provides care to a large number of users with chronic diseases who consequently developed sequelae from complications of these conditions, so the main objective of this research is to modify the cardiovascular risk factors and reduce the rates of morbidity and mortality caused by cardiovascular diseases. This is a study carried out in the second half of 2019, in all patients who sought care at the UBS center of Belém in order to assess the most frequent cardiovascular risk factors. During the study, the high prevalence of cardiovascular risk factors was found among the interviewees and shows the importance of promotion / prevention and awareness measures for all FHS professionals to reduce the risk factors present in this community.

Keywords: Cardiovascular disease. Prevention. Family Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO I- Desenho de operações para os “nós críticos” do problema Risco de doenças cardiovasculares aumentado (Página. 32)

QUADRO II- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema risco cardiovascular aumentado. (Página. 34)

QUADRO III- Propostas de ações para a motivação dos atores (Página. 36)

QUADRO IV- Plano Operativo (Página. 39)

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Funcionamento da Unidade de Saúde da Família Centro Belém 2019/2020 (Página. 20)

TABELA 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade à equipe de Saúde Do Centro de Saúde Belém, Unidade Básica de Saúde I, município de Belém, estado de Alagoas. (Página. 21)

TABELA 3- 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 Centro de Belém/ Alagoas. (Página. 41)

TABELA 4- Operação Ação estratégica de motivação da Equipe de Saúde da Família do Centro de Belém/ Alagoas. (Página. 42)

TABELA 5- 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 da UBS Centro, Belém – alagoas. (Página. 43)

TABELA 6- 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 centro, Belém - alagoas. (Página. 44)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município.....	17
1.2 O sistema municipal de saúde.....	17
1.3 Aspectos da comunidade.....	18
1.4 A Unidade Básica de Saúde do Centro de Belém.....	18
1.5 A Equipe de Saúde da Família PSF01 da Unidade Básica de Saúde Centro.....	19
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe PSF01.....	19
1.7 O dia a dia da equipe PSF01.....	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	21
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
5.1 Fatores de Risco Não Controláveis	27
5.2 Fatores de Risco Controláveis e Hábitos de Vida Modificáveis.....	27
5.2.1 Hipertensão Arterial.....	27
5.2.2 Diabetes Mellitus.....	28
5.2.3 Obesidade.....	29
5.2.4 Tabagismo.....	29
5.2.5 Dislipidemias.....	29
5.2.6 Estresse.....	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	
6.1 Plano de ação.....	31
6.2 Desenho das operações.....	34
6.3 Identificação dos recursos críticos.....	34
6.4 motivação de um ator pode ser classificada como.....	35
6.5 Análise de viabilidade do plano.....	36
6.6 Elaboração do plano operativo	38
6.7 Gestão do plano.....	44

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS A.....	48

INTRODUÇÃO

A prevalência das doenças cardiovasculares (DCV) e sua importância como causa de mortalidade e morbidade nos países ocidentais desenvolvidos, e nos países emergentes¹, desafia o desenvolvimento de estratégias para a sua prevenção. (MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2019)

As DCV representadas principalmente pela doença das artérias coronárias e cerebrovasculares ocorrem por fatores diversos, que vão desde a constituição genética dos indivíduos, seus hábitos, idade até à não detecção e controle precoce dos fatores de risco relacionados aos fenômenos da aterosclerose.

Segundo argumentações de (Audi, Francisco, Santiago e Andrade (2016) a associação de fatores de risco e a necessidade de eliminá-los ou controlá-los. As diretrizes de abordagem vêm se concentrando no impacto do conjunto e menos em um item isolado, pois os fatores de risco tendem a se agrupar e o agravo à saúde é mais que aditivo. Sem prejuízo da importância individual dos fatores de risco, foco tradicional, a tendência é valorizar-se sua presença simultaneamente ao tratamento do risco cardiovascular global.

Baseados principalmente nos estudos epidemiológicos de longo prazo realizados pelo estudo de Framingham, várias propostas surgiram para a pontuação do risco de ocorrência de doenças cardiovasculares. Foram criadas tabelas de pontuação, como a de Framingham, de Sheffield, as diretrizes das Joint British Societies, o projeto Score - criado em conjunto por várias sociedades médicas da Europa⁹ - e outras (PROCAM, New Zealand).

A Aterosclerose

O desenvolvimento da aterosclerose resulta de uma complexa interação entre elementos figurados do sangue, distúrbios de fluxo e anormalidades da parede do vaso, envolvendo vários processos patogênicos. A placa aterosclerótica é composta de uma capa fibrosa e um núcleo, ao qual se aplica o termo aterose, sendo constituído de lípidos extracelulares (especialmente o colesterol) e células (musculares lisas e macrófagos principalmente). A capa fibrosa (esclerótica) delimita

esse núcleo e corresponde à maior parte do volume da placa. Quando ocorre a ruptura dessa capa, é liberado o conteúdo do núcleo, altamente trombogênico, que, exposto aos componentes da corrente sanguínea, conduz à trombose, que é a principal responsável pela instalação das manifestações clínicas agudas (CASTRO; OLIVEIRA, 2009).

Os Fatores de Risco

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco de DCV, isolado ou associado a outros indicadores. Foi demonstrado que o risco cardiovascular (RCV) é dobrado a cada incremento de 20mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 10mmHg na pressão arterial diastólica (PAD).

O *Joint National Committee 7 Report* (JNC7) trouxe polêmica com a sua classificação para a HAS, em que passou a considerar níveis de pressão arterial normal somente os abaixo de 120 e 80mmHg para a PAS e PAD, respectivamente. Entretanto, os valores de corte para HAS permaneceram 140 e 90mmHg ou acima, assim sendo considerado também pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Os valores intermediários, segundo o JNC7, colocam os seus portadores como pré-hipertensos, quando as intervenções não farmacológicas têm papel ainda mais importante.

O diabetes melito (DM) também é condição mórbida associada a diversas complicações orgânicas, notadamente a DCV, a qual é a principal responsável pela redução da sobrevivência de pacientes diabéticos e a causa mais frequente de mortalidade.

O diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade desta de exercer adequadamente os seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbio principalmente do metabolismo de carboidratos, mas também de lipídios e proteínas. As consequências do DM em longo prazo incluem danos, disfunções e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Frequentemente, os sintomas clássicos estão ausentes, porém a hiperglicemia pode causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido.

Os diabéticos possuem risco de infarto do miocárdio equivalente ao dos indivíduos que apresentam doença arterial coronariana estabelecida. O diagnóstico é feito pela medida da glicose no soro ou plasma após jejum de oito a 12 horas ou pelo teste padronizado de tolerância à glicose por via oral, com medidas de glicose no soro ou plasma nos tempos zero e 120 minutos após a ingestão.

O diabetes melito confirma-se com valores de glicemia plasmática acima de 125mg/dl ou teste de sobrecarga com valores acima de 200mg/dl. É recomendável uma segunda dosagem da glicemia para firmar-se o diagnóstico.

O tabagismo é um hábito da cultura ocidental adquirido dos índios americanos e que se expandiu intensamente no início do século XX. É o principal fator causai e evitável envolvido com o aparecimento de diversas doenças, sendo considerado importante risco para a saúde pública. Sua principal substância é a nicotina, droga com alto potencial para produzir dependência. O tabagismo é indutor de diversas doenças no homem, tem papel fundamental no desenvolvimento de alterações da parede vascular e de distúrbios hematológicos, entre eles policitemia secundária e ativação plaquetária, além de ocasionar mudanças hemodinâmicas como vasoconstrição periférica, taquicardia, elevação da pressão arterial, do débito cardíaco e do consumo de oxigênio pelo miocárdio.

As dislipidemias, notadamente o aumento do colesterol, são reconhecidas como fator altamente relevante na ocorrência das doenças cardiovasculares há mais de duas décadas. Está comprovada a relação entre a diminuição dos níveis do colesterol e a concomitante diminuição das DCV. Esses achados levaram à proposta da utilização dos fármacos na prevenção primária e secundária das doenças isquêmicas do coração.

Sabe-se que a placa aterosclerótica se compõe, em grande parte, de *low density lipoprotein* (LDL) colesterol, cujo aumento sérico é amplamente reconhecido como expressivo risco para essa condição. Os baixos níveis do *high density lipoprotein* (HDL) colesterol também tem sido considerados importantes¹⁶, principalmente nas mulheres. Os níveis considerados normais da colesterolemia têm sofrido variações ao longo do tempo, sempre para baixo. Atualmente, na presença de vários riscos associados ou em pacientes já com doença cardiovascular

instalada, os níveis mais seguros são abaixo de 170mg% para o colesterol total, abaixo de 70mg% para o LDL colesterol e acima de 60 mg% para o HDL colesterol.

O sedentarismo acarreta diversas consequências para a saúde. Facilita a instalação de doenças como diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, entre outras, para a saúde física, mas repercute até mesmo em aspectos como autoestima e prejuízos cognitivos. Os confortos trazidos pelo desenvolvimento tecnológico para o dia a dia das pessoas têm contribuído para um comportamento cada vez mais sedentário, fazendo com que essa condição seja mais um desafio para os profissionais de saúde. Recomenda-se que toda pessoa adulta realize pelo menos 30 minutos de atividade física diária em pelo menos cinco dias da semana, de intensidade moderada, forma contínua ou acumulada.

Entre todos os fatores de risco, que não são objetos de controvérsias entre os profissionais de saúde, apenas dois, diabetes e dislipidemia, necessitam de exames complementares para confirmação. Outros fatores como a HAS, obesidade, tabagismo, sedentarismo, histórico familiar, idade e sexo são de fácil identificação e devem ser aplicados nos exames médicos ocupacionais.

Apenas três fatores de risco (genético, sexo e idade) não são passíveis de intervenções em que se possa controlar ou eliminar.

Mais recentemente, desenvolveu-se o conceito de síndrome metabólica, que envolve alguns fatores de risco descritos e apresenta expressão própria e marcante como fator de risco de DCV. Seu desenvolvimento está fortemente relacionado com a resistência à insulina. Os critérios para o diagnóstico da síndrome metabólica obedecem às recomendações de algumas importantes organizações, como a *National Cholesterol Education Programs Adult Treatment Panel III* (NCEP/ATP III), da *World Health Organization* (WHO) e *American Association of Clinical Endocrinologists* (AAACE)²¹. Baseiam-se principalmente em HAS, níveis glicêmicos anormais, hipertrigliceridemia, HDL baixo e obesidade abdominal. A síndrome metabólica está freqüentemente associada a outras alterações clínicas, como a esteatose hepática, litíase biliar, asma brônquica, ovários policísticos com carcinomatose.

Outros fatores têm sido estudados e propostos para inclusão nos riscos coronarianos como: lipoproteína A, proteína C reativa, homocisteína e microalbuminúria, que poderão contribuir para maior acurácia na predição de eventos cardiovasculares.

1.1 Aspectos gerais do município

Belém é uma cidade com 4.551 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2010, <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/belem.html>) com uma população estimada para 2019 de 4344, localizada na região nordeste e distante 116,5 km da capital do Estado. A cidade não tem um crescimento populacional importante desde a sua emancipação, se nota quando comparamos o número de eleitores com os habitantes, no qual existe mais título de eleitor do que habitantes, é uma cidade em qual a grande parte da população é pequeno agricultores, e vivem de bolsa família, como em várias cidades brasileiras pequenas, principalmente do Nordeste. Ainda se nota alta taxa de analfabetismo na região, como um município muito pequeno a grande maioria da população ao se tornar adulta acaba deixando a cidade em busca de novas oportunidades de emprego e estudos, no qual resta na cidade uma população de idosos e crianças, é um município no qual se pode observar um alto risco social, devido falta de recursos e oportunidades.

A cidade vive basicamente da agricultura familiar (milho, feijão, algumas frutas), e até algumas pequenas criações de gado, e ovinos. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, a partir da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista.

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a **cidade faz parte da microrregião 8va região**, e tem duas unidades de saúde, não tendo ambulatório, atenção secundária e terciária, sendo preciso quase tudo ser referenciado para outro município palmeira dos índios. **Em abril de 2012** o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (**ESF**) para a

organização da atenção básica e conta hoje com **2 equipes de Saúde da Família (ESF)**, se revezando tanto em zona urbana quanto rural, cobrindo 100% do município. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, é a falta de um ambulatório no qual se tem uma assistência 24 horas, e a Unidade de Pronto Atendimento de referência mais próxima fica a 40km, sobrecarregando e muito as duas únicas unidades do município.

1.3 Aspectos da comunidade

Belém é um povoado de cerca de 4.551 habitantes, localizado na região metropolitana do agreste. Hoje a população vive basicamente do trabalho rural ou bolsa família. A estrutura de saneamento básico na cidade é defasada, principalmente no que se refere ao estamento sanitário e a coleta do lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado. Nas últimas administrações, a comunidade recebeu pouco investimento público (escola e creche).

A população conserva hábitos e costumes próprios de uma população rural nordestina: gosta de comemorar as festas religiosas, em particular, a festa da Padroeira Nossa Senhora da Imaculada Conceição.

1.4 A Unidade Estratégia Saúde da Família (PSF01)

A Unidade Antônio Barbosa de Menezes, abriga a ESF 01, foi inaugurada há cerca de 16 anos e está situada na rua principal da cidade. É uma unidade mista, ou pelo menos era para ser, no qual na teoria teria a ala de especialidades e a ala do Posto de Saúde De Família, porém não é o que acontece. Sua estrutura pode ser considerada adequada, o maior problema é o recurso humano.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade, inclusive pacientes fazendo fila no sol quente. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza o consultório, sendo muito apertado e todos em pé, o que gera muito incomodo sempre que tem reunião.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da administração. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava sem o básico dos medicamentos nas farmácias, recentemente a nova gestora está conseguindo equilibrar a situação.

Nossa recepção é pequena, porém precisam de alguns ajustes para organizar os prontuários que são todos manuais, nossos usuários estão felizes com a unidade, pois consta com bancos e sala de espera para o atendimento ser realizado da melhor maneira possível. Nossas reuniões são realizadas na sala de espera dos usuários. Temos uma pequena cozinha, mas e não há espaço para almoçar.

Por outro lado, todos os consultórios são completos para os usuários na Unidade Básica de Saúde, com destaque para a sala de emergência, que está bem equipada com balão de oxigênio, laringoscópio, armários para o armazenamento de medicações injetáveis, fios de suturas e de medicações de uso orais, todos com chaves e apenas duas pessoas tem o acesso.

1.5 Composição da Equipe

A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde consta com 1 médico clínico geral, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Centro Belém

A Unidade de Saúde funciona das 8 horas às 17 horas de segunda a sexta, tendo atendimento médico 4 vezes na semana e odontológico 3 vezes na semana, a organização do trabalho é realizado com a seguinte divisão, dia de segunda feira atendimento médico na unidade durante os dois turnos, dia de terça feira é feito atendimento médico na unidade apenas no turno da manhã, e a tarde é reservada para atendimento descentralizado, no qual se escolhe uma escola em uma região distante e é feito o atendimento mais próximo da população, no dia de quarta

apenas atendimento no turno matutino, e a tarde é reservada para visitas domiciliares, e na quinta feira atendimento durante os dois turnos.

Tabela 1: Funcionamento da Unidade de Saúde da Família Centro Belém 2019/2020

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
Manhã	Atendimento em UBS	Atendimento em UBS	Atendimento em UBS	Atendimento em UBS
Tarde	Atendimento em UBS	Atendimento Descentralizado, em Povoados.	Visita Domiciliar	Visita Domiciliar

Existem muitos acordos políticos, entre os trabalhadores, então se nota bastantes profissionais, porém com pouco trabalho, o que gera bastante insatisfação da população e dos profissionais que fazem o seu trabalho.

1.7 O dia a dia da equipe do Centro de Saúde Belém

A Unidade Básica de Saúde do centro de Belém segue dois tipos de cronograma, uma estabelecida pelo médico junto a equipe desde acolhimento ao encerramento do diagnóstico. Todo mês fazemos promoção em saúde de vários tipos de assuntos inclusive o mais predominante na área. E seguimos o cronograma estabelecido pela atenção básica de saúde voltada aos programas solicitados pelo município.

O tempo da Equipe é totalmente ocupada e planejada conforme o cronograma estabelecido pelo médico junto á equipe, com ficha marcada e bem delimitada á demanda espontânea classificada com o risco do paciente.

Nosso cronograma mensal, tudo está voltado para: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertenso e diabético estabelecido no programa HIPERDIA e acompanhamento do

desenvolvimento das crianças até os 5 anos de idade, acompanhado com o programa saúde na escola, além de ter um dia exclusivo para realizar as visitas domiciliares e troca de receitas controladas.

Estamos desenvolvendo um cronograma adequado para atender os idosos e obesos junto com educador físico do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O principal problema do território, é a dificuldade financeira da população, e o analfabetismo, no qual se encontra muitos problemas relacionado ao uso das medicações, principalmente de diabetes e pressão arterial.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Em discussão com a equipe de saúde da cidade de Belém – AL, podemos discutir quais são os pontos fundamentais que necessitam de intervenção imediata, dentre os vários problemas apresentados por diversos membros da equipe, como por exemplo:

Tabela 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Do Centro de Saúde Belém, Unidade Básica de Saúde I, município de Belém, estado de Alagoas.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular da população aumentado	ALTA	9	PARCIAL	1
Resistência a tratamento medicamentoso	ALTA	7	PARCIAL	2

Violência	ALTA	5	PARCIAL	3
Falta de Insumos para trabalho	ALTA	3	FORA	4
Desemprego	ALTA	6	FORA	5

2 JUSTIFICATIVA

Dentre os problemas enfrentados, existem alguns que são de maior resolutividade e no qual a equipe pode desenvolver um método intervencionista e resolutivo.

O município de Belém é um município carente, no qual a alimentação básica é cuscuz, farinha, e pão, favorecendo assim o sobrepeso e o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes.

A maioria da população adscrita é da zona rural, com difícil acesso, o que dificulta a implementação de atividades físicas, apesar de já termos criado programas de zumba e caminhadas matinais, há pouca adesão. Percebemos que a população não quer implementar uma mudança de estilo de vida, pela questão cultural, são muito resistentes a tratamento médico, e preferem os tratamentos que denominam “remédios do mato”.

Em acordo mútuo entre toda equipe, chegamos à conclusão de que, o principal ponto de partida para o principal problema que envolve o risco cardiovascular aumentado na população, será feito através de muita educação em saúde, conscientização da população. Implementamos atendimentos extramuros, no qual toda semana saímos de dentro da unidade e levamos para a comunidade, seja dentro de alguma escola, ou na casa de uma pessoa escolhida.

Enfrentaremos algumas dificuldades, porém nosso plano operativo do projeto de intervenção já está sendo posto em prática, e temos observado alguns bons resultados até então.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar fatores de risco cardiovasculares prevalentes na comunidade assistida pela Equipe de Saúde da Família do Centro, no município de Belém – AL.

3.2 Objetivos específicos

Analisar os fatores de riscos cardiovasculares mais prevalentes e diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares na comunidade assistida pela Equipe de Saúde da Família do Centro, no município de Belém – AL.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado no segundo semestre do ano de 2019 em todos os pacientes que procuraram atendimento e foram atendidos na Unidade de saúde do centro de Belém, pela equipe de saúde de família responsável pela unidade.

A amostra foi constituída por 680 pacientes do sexo feminino e masculino atendidos na UBS CENTRO. Foi realizado um levantamento com todos os agentes de saúde, e criado um livro de acompanhamento de todos os diabéticos e hipertensos acompanhados pela equipe de saúde, com a data das consultas, inclusive a última com medidas da glicemia aleatória e da pressão arterial.

Os participantes responderam a um questionário após serem esclarecidos sobre a finalidade do mesmo e concordasse por livre arbítrio visando informações sobre nome, sexo, idade, etnia, estado civil além da história de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, etilismo, nível de estresse e a prática de atividade física. Foi feito aferição da Pressão Arterial, medida a circunferência abdominal, verificação do peso e da estatura e calculado o Índice de Massa Corporal de todos os participantes.

O questionário compunha-se de alguns itens como identificação e realizado algumas perguntas para avaliação de fatores de risco não controláveis, fatores de risco controláveis e hábitos de vida modificáveis. No item identificação o paciente foi questionado sobre sua idade, sexo, etnia, estado civil e profissão. Nos itens Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia foram questionados se já havia feito tratamento para estas doenças, ou se tinha recebido algum destes diagnósticos por um médico. No item História Familiar foi perguntado sobre a presença de Hipertensão Arterial e Diabetes em parentes de primeiro grau. No item Atividade física, foram perguntadas sobre a prática regular de atividade física, quais atividades praticam a frequência semanal, sua duração e há quanto tempo começou a praticar. No item Tabagismo foram questionados sobre o hábito de fumar, a frequência diária, a carga tabagista, o tempo que estava fumando, a fim de quantificar o padrão de consumo. No item Consumo de álcool foi perguntado sobre o consumo de bebida alcoólica, qual o tipo de bebida ingerida, há quanto tempo e a frequência da ingestão. No item Hábito Alimentar, quantificou-se a frequência

semanal de consumo de alimentos benéficos para prevenção do risco cardiovascular e foi perguntado se o questionado avalia seu hábito alimentar como bom, regular ou ruim. No item estresse um questionamento sobre fumar e/ou beber mais do que o habitual; passar a comer demais ou súbita perda de apetite; insônia; cansaço fora do comum; dificuldades de tomar decisões que antes eram fáceis; dificuldade de concentração; apatia ou desinteresse anormal; mudanças bruscas de humor; irritabilidade; além da auto avaliação do questionado sobre o seu nível de estresse.

No final foi realizado aferição da Pressão Arterial, medida da circunferência abdominal e verificação de peso e estatura. Mediante esses últimos dois dados foi realizado o cálculo de índice de massa corporal (IMC).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os últimos incluem idade, sexo, raça e história familiar de doença aterosclerótica. Os fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, são dislipidemias, Hipertensão Arterial, tabagismo, Diabetes Mellitus, sedentarismo, estresse e obesidade.

5.1 Fatores de Risco Não Controláveis

Quanto à *idade*, o risco de doença cardiovascular duplica após os 55 anos, com morbidade duas vezes maior nos homens, dos 35 aos 44 anos. Em relação ao *gênero*, a perda do efeito protetor do perfil hormonal estrogênico pré-menopausa parece ser fator de risco importante. No que se refere ao *perfil genético*, a predisposição genética para doença cardiovascular é indicada por história familiar de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, Hipertensão Arterial e Diabetes. Quanto à *etnia*, a raça negra é um determinante de elevado risco de evento cardiovascular. No Brasil, a importância da miscigenação na modificação desse risco ainda é fator a ser mais bem avaliado.

5.2 Fatores de Risco Controláveis e Hábitos de Vida Modificáveis

5.2.1 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial e tem sido associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência. (I Diretriz Brasileira de prevenção Cardiovascular-Dezembro-2013).

A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (I Diretriz Brasileira de prevenção Cardiovascular-Dezembro-2013). Em uma década, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à HAS (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por doença isquêmica do

coração [DIC]), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Para Silva, Domingos e Caramaschi (2018) Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito.

5.2.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Dois terços das pessoas com diabetes morrem das complicações cardíacas ou cerebrais provocadas. Na presença de diabetes, os outros fatores de risco se tornam mais significativos e ameaçadores (MARASCHIN; MURUSSI; WITTER; SILVEIRO, 2010).

A prevenção e tratamento da Diabetes Mellitus não Insulino Dependente incluem mudanças do estilo de vida. Como perda de peso, mudança de hábitos alimentares, exercício físico regular, suspensão de fumo e contínua educação em saúde

5.2.3 Obesidade

De natureza multifatorial, a obesidade é um dos fatores preponderantes para explicar o aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que está associada frequentemente a enfermidades cardiovasculares como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes tipo 2, osteoartrites e certos tipos de câncer, sendo também apontada como importante condição que predispõe à mortalidade.

A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres. (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

5.2.3 Tabagismo

Existem mais de 1 bilhão de fumantes no mundo e 80% deles vivem em países de baixa e média rendas onde a carga das doenças e mortes relacionadas com o tabaco é mais pesada. Cerca de 50% das mortes evitáveis entre indivíduos fumantes poderiam ser evitadas se esse vício fosse abolido, sendo a maioria por DCV.

O consumo de cigarros continua sendo o mais importante fator de risco modificável para doença cardiovascular. Observam-se um aumento na prevalência de fumantes entre os adolescentes, os adultos jovens e mulheres.

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

5.2.4 Dislipidemias

A redução dos níveis de colesterol no sangue pode ajudar a reduzir o risco de doença cardiovascular, uma diminuição de 10% no colesterol sanguíneo total pode reduzir entre 12% e 20% os riscos de doença arterial coronariana. O colesterol é um fator de risco que pode ser modificado pela dieta e adoção de hábitos de vida saudáveis. O levantamento realizado pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2011) constatou que 40% da população brasileira tem colesterol total ≥ 200 mg/dL e 13% ≥ 240 mg/dL.

5.2.5 Estresse

É um termo utilizado para descrever a reação que desequilibra o organismo, diante das situações do dia a dia, condições de moradia e de educação, acesso à

alimentação com base em frutas, legumes e verduras, o lazer, a inclusão social, os cuidados básicos de saúde, todos são aspectos influentes na determinação das doenças cardiovasculares. Reis, Fernandes e Gomes (2010) configura o estresse psicológico como fator de risco cardiovascular, a curto, médio e longo prazo, facilitando o progresso da aterosclerose ou o surgimento das suas complicações

O estresse provoca excesso de atividade do sistema nervoso e pode elevar a pressão arterial, o colesterol, estimular o vício de fumar e provocar excessos alimentares. Por outro lado, as doenças cardiovasculares podem fragilizar os pacientes e desencadear distúrbios como depressão e ansiedade, criando um ciclo pernicioso.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 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. Considerados “nós críticos” pela Equipe são Hábitos e estilos de vida; Nível de informação; Processo de trabalho da equipe de saúde.

6.2 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.

Os 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) e 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 da UBS Centro 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 NECESSÁRI OS
Maus hábitos e estilos de vida	Gerar saúde / modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 11 % número de obesos, sedentários e tabagistas prazo de 1 ano	Campanha educativa na rádio, programa de caminhada	Organizacional: organizar caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação. Financeiro: adquirir recursos. Político: mobilização social e articulação intersectorial.

Pobre nível de informação	Saber mais / aumentar nível de informação sobre risco de doenças cardiovasculares.	População mais informada	Capacitação ACS, Campanha educativa por rádio, programa de saúde escolar.	Organizacional; organização da agenda. Político: articulação Intersetorial (educação, saúde, social) Cognitivo: conhecer tema, estratégias de comunicação e
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 Organizacional: organizar fluxos

6.3 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 recursos de som para divulgações de medidas..
	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.

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

6.5 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	Contol e dos Recurs os críticos		Ações Estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
Gerar Saúde Modificar hábitos de vida.	Político → conseguir o carro de divulgação áudio	Setor de comunicaç ão social.	Favorável	
	Financeiro → para aquisição de recursos	Secretário de Saúde.	Favorável.	

	Audio visuais, 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.	
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	

6.6 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 contribuir 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	Organizar reuniões quinzenais, para verificar o que está dando certo, e o que pode ser mudado de acordo com a resposta da população. Apresentar o projeto para a Equipe e criar protocolos multiprofissionais para unificar atendimento;	Ignacia Nadja	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.	Executar salas de espera lúdica com usuários cadastrados sobre as condições patológicas e temáticas diversificadas;	Fabiana Anderson	Início 3m Termino: 6 meses Início: 2 m Término: 8 m I; 4m
					T; 12m
					I; 1 m
					T; 3m

<p>Cuidado contínuo</p> <p>Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado</p>	<p>Cobertura de 70 % da população com risco</p>	<p>Implantar contínuo para risco cardiovascular;</p> <p>Protocolos implantados</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Regulação implantada</p> <p>Gestão de Cuidado C implantada.</p>	<p>Implementar cartilha para médico e enfermeiro da unidade de saúde, com a data de última consulta e última aferição de PA, de todos os diabéticos e hipertensos cadastrados.</p> <p>Realizar o Monitoramento Hiperdia Domiciliar para captação precoce e acompanhamento dos usuários cadastrados;</p>	<p>Coordenador da ABS: Girlenne</p>	<p>Início em três meses e finalização em 12 meses</p>
--	---	---	---	-------------------------------------	---

6.7 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 3- 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 Centro de BELÉM - ALAGOAS

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	<p>Ator que controla: Setor de comunicação social e Secretário de Saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
--	---

Tabela 4- Operação Ação estratégica de motivação da Equipe de Saúde da Família do Centro de BELÉM-ALAGOAS.

Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis	Fabiana, Anderson, Ignacia
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 5- 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 da UBS Centro, Belém – alagoas.

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	Fabiana e Anderson
Cronograma / Prazo	Iniciado/ término; em 12 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento por ESF; será avaliado em cada reunião de equipe.

TABELA 6- 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 centro, Belém - alagoas.

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	Acompanhamento por ESF; será avaliado em cada reunião de equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das argumentações expostas acima, 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 Posto de saúde de família da Unidade de Saúde do Centro de Belém.

Sabe-se que a 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 prevalência de Doenças Cardiovasculares constitui-se um dos maiores desafios para os profissionais da saúde no controle das mesmas. A adesão ao tratamento é, portanto, 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.

Não apenas com o controle e supervisão do uso das medicações, como o acompanhamento com a nutricionista da equipe é o suficiente para conseguir uma melhor qualidade de vida para a população com o risco cardiovascular aumentado, o incentivo e criação de grupos de atividade física, não apenas ajuda com a manutenção do peso, como também contribui com a autoestima da população, como um melhor relacionamento entre os clientes.

Com base no trabalho realizado, e com todas alterações propostas a população para uma melhora em sua qualidade de vida e redução do risco cardiovascular, a principal lição que fica é que ainda existe muita falta de informação, no qual deve ser bem trabalhado a questão da educação em saúde, para inclusive evitar os abandonos terapêuticos.

Todos os profissionais de saúde que compõem a equipe, juntamente com os usuários, devem contribuir para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados positivos e efetivos.

Espera-se que a implantação do projeto de intervenção proposto contribua para o aumento o conhecimento dos usuários em relação à doença, fatores de risco, hábitos de vida saudáveis, para ajudar em seu controle.

Com a conscientização dos profissionais de saúde e a incorporação desses cuidados, poderá haver uma diminuição para os fatores de riscos para as doenças cardiovasculares.

REFERENCIAS

MASSA, Kaio Henrique Correa; DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira; CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 105-114, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

AUDI, Celene Aparecida Ferrari; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; SANTIAGO, Silvia Maria; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em servidores de instituição prisional: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 1-2, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

CASTRO, Priscilla S. Gonçalves de; OLIVEIRA, Fernanda Luisa Ceragioli. Prevention of atherosclerosis and drug treatment of high-risk lipid abnormalities in children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, [S.L.], v. 85, n. 1, p. 6-14, 5 fev. 2009. *Jornal de Pediatria*.

SILVA, Mariana Giroto da; DOMINGOS, Thiago da Silva; CARAMASCHI, Sandro. ARTERIAL HYPERTENSION AND HEALTH CARE: conceptions of men and woman. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 435-452, 31 jul. 2018. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saude*.

MARASCHIN, Jorge de Faria; MURUSSI, Nádia; WITTER, Vanessa; SILVEIRO, Sandra Pinho. Classificação do diabete melito. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 95, n. 2, p. 40-46, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 185-194, jan. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000100024>.

REIS, Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos; FERNANDES, Sônia Regina Pereira; GOMES, Almira Ferraz. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 712-725, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO)

ANEXO A**QUESTIONÁRIO SOBRE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR
(ENTREVISTADOR)**

NOME: _____

IDADE: _____

RESIDÊNCIA: _____

NATURALIDADE: _____

DATA: __/__/__

PERGUNTAS DE PERFIL**Estado Civil:**

- Casado;
- Solteiro;
- Viúvo;
- Divorciado;
- Separado;
- União Estável;
- Não sabe / Não respondeu

Raça/cor:

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Não sabe / Não respondeu

Escolaridade:

- Não sabe ler/escrever
- Alfabetizado
- Nível Fundamental Incompleto
- Nível Fundamental Completo
- Nível Médio Incompleto
- Nível Médio Completo
- Superior Incompleto

- Superior Completo
 Não sabe / Não respondeu

Renda familiar:

- Não tem renda
 Menos de 1 Salário Mínimo
 Entre 1 e 2 Salários Mínimos
 Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos
 Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos
 Mais de 10 Salários Mínimos
 Não sabe / Não respondeu

FATORES COMPORTAMENTAIS:

ATIVIDADE FÍSICA

VOCÊ REALIZA PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?

(SE SIM) QUANTOS DIAS DA SEMANA VOCÊ PRÁTICA ESSA ATIVIDADE?

- Não pratica nenhuma atividade física
 1 dia 7 – 6 dias 17 3 – 2 dias 8 – Todos os dias da semana
 3 dias 9 – NR
 4 dias

QUANTO TEMPO EM MÉDIA, DURAM ESTAS ATIVIDADES FÍSICAS A CADA VEZ QUE VOCE PRÁTICA?

(Anotar minutos)

TABAGISMO

VOCÊ JÁ FUMOU CIGARROS?

- Sim
 Não

QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO PAROU DE FUMAR?

(Anotar anos) V20

1EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA / FUMAVA POR DIA?

QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE?

VOCÊ FICA EM AMBIENTE FECHADO COM PESSOAS QUE FUMAM CIGARROS OU SIMILARES?

CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES COM QUE FREQUÊNCIA MÉDIA VOCÊ TEM INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA?

DOENÇAS EXISTENTES:

ALGUMA VEZ UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE VOCÊ TEM/TEVE?

Sim

Não

QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA QUANDO FOI FEITO ESTE

DIAGNÓSTICO?

USO DE MEDICAÇÕES:

VOCÊ ESTÁ ATUALMENTE TOMANDO REMÉDIO OU FAZENDO ALGUM TRATAMENTO PARA ALGUMA DESTAS DOENÇAS?

QUAIS REMÉDIOS?

VI. HISTORIA FAMILIAR (MAE):

SUA MAE NATURAL (BIOLOGICA) AINDA É VIVA?

Sim

Não

QUANTOS ANOS ELA TEM/TINHA? _____

QUAL FOI A CAUSA DE ÓBITO DE SUA MÃE NATURAL (BIOLÓGICA)?

01 - Ataque cardíaco

02 - Derrame

03 - Causa desconhecida

- Câncer(especificar): _____

- Outras (especificar): _____

SUA MAE TINHA OU AINDA TEM ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?

FAMILIAR (PAI):

SEU PAI NATURAL (BIOLOGICO) AINDA É VIVO?

Sim

Não

QUANTOS ANOS ELE TEM/TINHA? _____

QUAL FOI A CAUSA DE ÓBITO DE SEU PAI NATURAL (BIOLÓGICO)?

01 - Ataque cardíaco

02 - Derrame

03 - Causa desconhecida

- Câncer(especificar): _____

- Outras (especificar): _____

HISTÓRICO DO GRUPO FAMILIAR (PAIS, IRMÃOS E FILHOS)

QUANTOS IRMÃOS (VIVOS OU FALECIDOS) VOCE TEM/TEVE?

QUANTOS FILHOS (VIVOS OU FALECIDOS) VOCE TEM/TEVE?

ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA ENTRE **PAIS, IRMÃOS E FILHOS** TEM/TEVE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - NS

