

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ROSAIMA ESTRADA DUQUESNE**

**PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE  
RISCOS CARDIOVASCULARES NA ESF MADRE PAULINA,  
MATUTINA- MINASGERAIS.**

**UBERABA/MG**  
**2015**  
**ROSAIMA ESTRADA DUQUESNE**

**PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE  
RISCOSCARDIOVASCULARES NA ESF MADRE PAULINA, MATUTINA-  
MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa

**UBERABA/MG**  
**2015**  
**ROSAIMA ESTRADA DUQUESNE**

**PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS CARDIOVASCULARES NA ESF MADRE PAULINA, MATUTINA-MINAS GERAIS.**

**Banca examinadora**

Examinador 1-Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa – Universidade Federal de Alagoas

Examinador 2- Esp. Judete Silva Nunes.

Aprovado em Uberaba, em    de    de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

A minha filha, fonte de inspiração

A minha mãe por seu apoio incondicional

A meu esposo por estar sempre o meu lado

E a todas as pessoas que fizeram possível o desenvolvimento deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por mais essa vitória, pois a ele agradeço tudo que tenho e sou.

A Ele seja a honra, glória e louvor.

Aos meus professores do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

À equipe de trabalho do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

À equipe de trabalho da secretaria de saúde do município Matutina.

À Equipe de Saúde da Família Madre Paulina.

À todas as pessoas que fizeram possível a elaboração deste trabalho.

*“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembrem-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”.*

(Paulo Beleki)

## RESUMO

As doenças cardiovasculares, como infartos, acidentes vasculares cerebrais, continuam sendo a primeira causa de morte no mundo. No Brasil uma a cada três mortes é causada por doenças cardíacas ou acidente vascular cerebral. Identificamos na área de abrangência da equipe Madre Paulina localizada no município Matutina, Minas Gerais, um grande número de pacientes com risco cardiovascular aumentado, decorrente de um estilo de vida não saudável presente na população, bem como a presença de doenças que são fatores de risco cardiovascular como a Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial e as Dislipidemias. O risco cardiovascular aumentado na área da equipe foi escolhido como o problema prioritário devido à importância de um bom manejo das condições crônicas e de outros fatores de risco cardiovascular que são modificáveis. Assim este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para diminuir e controlar os fatores de risco cardiovascular na população da área de abrangência da ESF Madre Paulina. Para tal, fez-se uma pesquisa bibliográfica na BVS, LILACS, MEDLINE e IBECs com os descritores planejamento em saúde, gestão de risco e doenças cardiovasculares. Na intervenção pretende-se realizar educação em saúde pelos integrantes da ESF e aumentar o conhecimento dos usuários, além de reforçar o cuidado para o risco cardiovascular e capacitação primeiramente dos profissionais participantes, assim como modificar hábitos e estilos de vida. Esta intervenção constitui uma ferramenta da atenção básica para diminuir o risco cardiovascular na população.

Palavras chaves: Planejamento em saúde. Gestão de risco. Doenças cardiovasculares.

## **SUMMARY**

Cardiovascular diseases such as heart attacks, strokes, remain the leading cause of death worldwide. In Brazil one in every three deaths is caused by heart disease or stroke. Identified in the coverage area of Madre Paulina team located in the municipality Matutina, Minas Gerais, a large number of patients with increased cardiovascular risk, due to an unhealthy lifestyle present in the population, and the presence of diseases that are risk factors cardiovascular such as Diabetes Mellitus, Hypertension and Dyslipidemia. The increased cardiovascular risk in the team area was chosen as the priority issue because of the importance of good management of chronic conditions and other cardiovascular risk factors that are modifiable. So this study aimed to develop an intervention project to reduce and control cardiovascular risk factors in the population of Mother Pauline FHS coverage area. To this end, we did a literature search in VHL LILACS, MEDLINE and IBECs with health planning descriptors, risk management and cardiovascular disease. The intervention we intend to conduct health education by the ESF members and increase the knowledge of users, and enhance care for cardiovascular risk and capacity building primarily of professional participants, as well as changing habits and lifestyles. This intervention is a primary care tool to reduce cardiovascular risk in the population.

Key words: Health planning. Risk management. Cardiovascular



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS** Agente Comunitário da Saúde.

**BVS** Biblioteca Virtual em Saúde.

**DCV** Doença cardiovascular.

**DM** Diabete Mellitus.

**DRC** Doença Renal Crônica.

**ESF** Equipe da Saúde da Família.

**HAS** Hipertensão arterial sistêmica.

**IBECS** Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.

**LILACS** Literatura latino-americana e do Caribe.

**MEDLINE** Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

**NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**OMS** Organização Mundial da Saúde.

**PAIF** Programa de Atendimento Integral a Família.

**PES** Planejamento Estratégico Situacional.

**PSF** Posto de Saúde da Família.

**SUS** Sistema Único de Saúde.

**UBS** Unidade Básica de Saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Tabela 1-** População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Madre Paulina do município Matutina, 2014.

**Tabela 2** - Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade em ESF Madre Paulina no município Matutina ano de 2014.

**Tabela 3-** Tratamento de água nos domicílios

**Tabela 4-** Destino de fezes e urina.

**Tabela 5-** Tipos de casa.

**Tabela 6-** Destino dos lixos.

**Tabela 7-** Morbidade na ESF Madre Paulina. 2014

**Quadro 1-** Cobertura da equipe Madre Paulina em relação à cidade de Matutina.

**Quadro 2-** Hipertensos e diabéticos na ESF Madre Paulina esperados e cadastrados.

**Quadro 3-** Escore de risco para evento coronário conforme proposto pela *American Heart Associatione American Collegeof Cardiology*de acordo com os resultados do *Framingham Heart Study*.

**Quadro 4-**Classificação de Risco Cardiovascular de acordo com Escore de Framingham.

**Quadro 5-**Desenho das operações para os nós críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

**Quadro 6-** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

**Quadro 7-**Proposta de ações para motivação dos atores.

**Quadro 8-**Plano operativo.

## SUMÁRIO

Introdução .....	12
Justificativa .....	20
Objetivos .....	22
Metodologia .....	23
Revisão de Literatura .....	24
Plano de Intervenção .....	31
Considerações Finais .....	40
Referências .....	41

## 1. INTRODUÇÃO

Matutina é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, situado na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, que reúne 10 municípios que somados possuem cerca de 250 mil habitantes, sendo uns dos menos populosos dentre os municípios do grupo, junto à Arapuá, Santa Rosa da Serra e Tiros. Os gentílicos são denominados matutinense. A temperatura média anual é de 24,5°C. O município se estende por 261 km<sup>2</sup>. A densidade demográfica é de 14,4 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. A economia do município se baseia principalmente na pecuária leiteira, mas também na criação de gado de corte, na agricultura, cafeicultura, etc. As indústrias de laticínios também são importantes para o município, na produção e exportação de seus produtos. Sem contar na produção de produtos alimentícios e bebidas. (IBGE, 2013)

No ano de 2007, foi tombada como Patrimônio Histórico a igreja matriz Nossa Senhora da Abadia, por possuir um estilo neoclássico e arrojado, sendo eleita uma das mais belas da região. Junto à igreja, a Escola Municipal Frei Leopoldo e uma antiga capela do povoado nomeado Capela na Preta, foram eleitos patrimônios históricos, resgatando assim a cultura e as raízes de um povo. O artesanato é destaque, com elevada produção de cintos e bolsas de couro, tapeçaria de algodão e miniaturas em madeira trabalhadas a mão. O ouro também é muito extraído nesta região, e exportado para várias regiões do mundo. Matutina possui uma fonte natural de água mineral (Fonte Santa Rita). A partir do ano de 2007 ela passou a ser comercializada sob a denominação Água Mineral Matutina. (IBGE, 2013).

Em Matutina existe a Festa da Mostra Agroindústria no mês de julho. Milhares de visitantes vão à Matutina nesta data tão especial para prestigiarem dezenas de carros de boi que desfilam pelas ruas da cidade. Contando com a produção e comercialização de biscoitos e doces, distribuídos em pequenas barracas no Parque de Exposições. Além de diversos shows, conta inclusive com bandas locais, desfiles e eleição da rainha, apresentação da Fanfarra Municipal, rodeios, cavalgada e muito mais. Matutina tem 3.671 habitantes segundo o censo 2010, três escolas, uma creche, uma unidade

mista de pronto atendimento, um PSF com duas Equipes de Saúde da Família (IBGE, 2013).

A Equipe de Saúde da Família Madre Paulina é responsável pela cobertura de três micro áreas, duas urbanas e uma rural (Abaetê de Baixada). Há cerca de 1820 habitantes, dos quais 935 (51,43%) são mulheres e 883 (48,57%) são homens, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na **Tabela 1**.

**Tabela 1**-População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família Madre Paulina do município Matutina, 2014.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Menos de 1 ano	12	0,66	18	0,99	30	1,65
1 a 4 anos	29	1,60	44	2,42	73	4,02
5 a 6 anos	23	1,27	21	1,16	44	2,42
7 a 9 anos	28	1,54	35	1,93	63	3,47
10 a 14 anos	68	3,74	73	4,02	141	7,76
15 a 19 anos	64	3,52	49	2,70	113	6,22
20 a 39 anos	225	12,38	269	14,80	494	27,17
40 a 49 anos	133	7,32	112	6,16	245	13,48
50 a 59 anos	117	6,44	119	6,55	236	12,98
Mais de 60 anos	184	10,12	195	10,73	379	20,85
Total	883	48,57	935	51,43	1818	100

**Fonte: SIAB 2015**

Um sistema de abastecimento de água fornece e garante à população água de boa qualidade do ponto de vista físico, químico, biológico e bacteriológico, sem impurezas prejudiciais à saúde. Existe um total de 689 famílias cadastradas. Com um predomínio quase absoluto de abastecimento de água tratada, conforme apresentado na **Tabela 2**.

**Tabela 2** - Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade em ESF Madre Paulina no município Matutina ano de 2014.

<b>Abastecimento de água</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
Rede publica	615	89,26
Poço ou nascente	74	10,74

**Fonte: SIAB 2015.**

Segundo dados coletados pelas agentes de saúde da comunidade, as famílias tratam sua água nos domicílios, conforme dados apresentados na **Tabela 3**.

**Tabela 3-** Tratamento de água nos domicílios

<b>Tratamento de água no domicilio</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Filtrado</b>	124	18,00
<b>Cloração</b>	562	81,57
<b>Sem tratamento</b>	03	0,44
<b>Total</b>	803	100

**Fonte: SIAB, 2015.**

O sistema de disposição final das águas residuais da comunidade realiza-se de uma forma adequada do ponto de vista sanitário, apesar de que ainda tem muitas fossas. Mais da metade das famílias cadastradas tem sistema de esgotamento sanitário com um 445 (64,59) % da população, de acordo com a **Tabela 4**.

**Tabela 4-** Destino de fezes e urina

<b>Destino de fezes</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Sistema esgoto</b>	445	64,59
<b>Fossa</b>	243	35,27
<b>Céu aberto</b>	01	0,15
<b>Total</b>	689	100

**Fonte: SIAB 2105.**

Em relação ao lixo a situação é positiva, porque 629 (91,29%) residências são beneficiadas com a coleta pública, realizada três vezes por semana, como mostra a **Tabela 5**.

**Tabela 5**-Destino dos lixos.

<b>Destino de lixos</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Coleta publica</b>	629	91,29
<b>Queimado/enterrado</b>	59	8,56
<b>Céu aberto</b>	01	0,15
<b>Total</b>	689	100

**Fonte: SIAB 2015.**

Apesar da redução no uso do adobe, este ainda é usado em várias regiões do Brasil, principalmente norte e nordeste. Também em Minas Gerais e Goiás é possível encontrar muitas casas sem adobe, neste sentido, a comunidade não é uma exceção e a totalidade das casas é de tijolo/adobe, conforme dados da **Tabela 6**.

**Tabela 6**-Tipos de casa.

<b>Tipo de casa</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
<b>Tijolo/ Adobe</b>	689	100

**Fonte: SIAB 2015.**

A população empregada vive, basicamente, do trabalho agropecuário, nas lavouras permanentes e temporárias, do plantio de café, milho e feijão, que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, tem muitas pessoas trabalhando nas empresas de Laticínio e Copasse (IBGE, 2013).

Em 2014 ocorreram 436 hospitalizações das quais 107 foram da ESF Madre Paulina, sendo 26 por Pneumonias, 11 por outras doenças do aparelho respiratório, 44 por doenças do aparelho circulatórias, 13 por infecções do aparelho urinário, 9 por intoxicações exógenas, 2 por diabetes mellitus descontrolada e 2 por outras causas.

A **Tabela 7** mostra a morbidade da área de abrangência da ESF Madre Paulina, com relevância no número de Hipertensos com 354(19,47%) da população, seguido da Diabetes com 86 (4,73%) pacientes.

**Tabela 7-** Morbidade de ESF Madre Paulina. 2014

Doenças crônicas	0a 14 anos		15 anos e mais		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
<b>Alcoolismo</b>	0,0	0,0	13	0,89	13	0,72
<b>Chagas</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Hanseníase</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tuberculoses</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Hipertensão arterial</b>	01	0,28	353	24,06	354	19,47
<b>Diabéticos</b>	01	0,28	85	5,79	86	4,73
<b>Epilepsia</b>	0,0	0,0	02	0,14	02	0,11
<b>Deficiência física</b>	01	0,28	17	1,16	18	0,99
<b>Deficiência mental</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: SIAB 2015.

ESF Madre Paulina foi cadastrada no mês de setembro de 2014, durante este período, foram realizadas: 1.336 consultas médicas, com média mensal de 334 consultas por mês; 56 curativos; 62 injeções; 10 consultas de atenção pré-natal. Consultas de prevenção de câncer cérvico-uterino 67, visitas domiciliares pelos integrantes da equipe 10.787.

Em relação aos hipertensos da área de abrangência, a equipe conseguiu um total de 426 consultas em quatro meses, alcançando avaliação de todos os hipertensos cadastrados como os diabéticos, que formam 109 consultas no mesmo período de tempo.

A unidade onde está inserida a equipe é uma casa alugada, situada no bairro Madre Paulina, Rua Vereador Walter Bueno de Melo, número 17. É uma casa moderna,



bem conservada e onde foram aproveitados todos os espaços físicos. Tem uma área para recepção pequena, mas à frente tem um espaço com cadeiras para espera dos pacientes, uma sala de vacina, um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório para a enfermeira, uma sala para agentes e uma copa. A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. A contra referência não é feita. Necessita-se melhorar a articulação entre atenção básica e outros centros, como centros de consulta especializada e unidade mista da cidade.

Para realização deste trabalho, a equipe fez um diagnóstico situacional de saúde e apontou os seguintes problemas:

- Risco cardiovascular aumentado
- Alta incidência de doenças respiratórias
- Alta incidência de infecções urinária
- Alto número de violências doméstica/violações
- Baixo número de consultas de prevenção de câncer do colo de útero.

Uma vez identificados os problemas, realizou-se a priorização dos problemas que serão enfrentados, já que é difícil serem resolvidos todos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, matérias, etc.). Como critério para a seleção e priorização dos problemas considerou-se a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Foram atribuídos valores altos, médios e baixos a importância; distribuiu-se pontos conforme sua urgência; definiu-se se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, posteriormente numerou-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Constatou-se 32% da população maior de 15 anos tem risco cardiovascular aumentado, esse foi o problema considerado como prioritário. Para a descrição do problema a equipe utilizou dados fornecidos pelo SIAB e outros foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns problemas relacionados com o risco cardiovascular aumentado (número de hipertensos, diabéticos, tabagistas, dislipidêmicos, alcoólicos, etc.), da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de hipertensos e diabéticos, etc.) e também

indicadores que podem dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações, óbitos), cabendo aqui ressaltar as deficiências no sistema de informação e da necessidade de nossa equipe produzir informações adicionais para auxiliar o processo de planejamento.

Vale destacar que a causa de um problema é também um problema. Ou seja, um problema é produzido ou gerado por outros problemas. Para conhecer bem um problema é importante conhecer seu modo de produção, suas causas e a relação entre elas. A equipe identificou como principal problema de saúde o risco cardiovascular aumentado. Mas a causa desse problema são outros problemas como a Hipertensão arterial, a Diabetes Mellitus, a Obesidade, e as Dislipidemias. Estas, por sua vez são consequências de outros problemas como hábitos e estilos de vida inadequados (sedentarismo, hábitos alimentares, alcoolismo, tabagismo, etc.), altos nível de pressão social (desemprego, trabalho, violência, baixos salários, etc.), inadequado nível de informação (informação sobre os riscos e agravos, informação sobre os direitos sociais), o que também influencia o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico e as políticas públicas, que por sua vez são determinadas pelo modelo de desenvolvimento econômico e social.

As políticas públicas influenciam no modelo assistencial e este interfere na estrutura do serviço de saúde e do processo de trabalho tudo isso interfere, na resposta do sistema de saúde, no uso de protocolos, no apoio diagnóstico, na referência e contra referência e capacitação de pessoal. Essas interferências podem garantir um melhor acompanhamento dos riscos e agravos, e da autonomia do paciente com risco cardiovascular aumentado, através de uma atenção integral. Esse acompanhamento pode diminuir a ocorrência de agravos do risco cardiovascular aumentado como Infartos Agudos do Miocárdio, Acidentes Vasculares Encefálicos e Doenças renais crônicas.

Selecionaram-se como nós críticos as situações relacionadas com o problema principal sobre as quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter impacto sobre o problema escolhido, quais sejam:

- Hábitos e estilos de vida
- Estrutura dos serviços de saúde
- Processo de trabalho em saúde

- Nível de informação

Portanto o plano de intervenção busca minimizar e/ou resolver esse problema considerado prioritário para Equipe de Saúde da Família.

## 2. JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares, como infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais, continuam sendo a primeira causa de morte no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. No Brasil uma a cada três mortes é causada por doenças cardíacas ou acidente vascular cerebral (SAÚDE PLENA, 2014).

Identificou-se na área de abrangência da equipe Madre Paulina localizada em Matutina, Minas Gerais, um grande número de pacientes com risco cardiovascular aumentado decorrente de um estilo de vida não saudável presente na população bem como a presença de doenças que são fatores de risco cardiovascular como a Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial e as Dislipidemias. No pronto atendimento da cidade frequentemente são atendidos vários desses pacientes descontrolados clinicamente. Aliado a este fato estão às dificuldades do processo de trabalho. Conforme demonstra o **Quadro 1**.

**Quadro 1-** Cobertura da equipe Madre Paulina em relação à cidade de Matutina.

	<b>Total em Matutina</b>	<b>ESF Madre Paulina</b>	<b>% em relação á cidade</b>
<b>População</b>	3935	1818	46,2
<b>Famílias</b>	1533	689	44.9

**Fonte:** Cadastro das agentes comunitárias de saúde, 2015.

A taxa de prevalência da Diabetes Mellitus no Brasil ajustada por idade (30 a 69 anos) é de 7,6 % segundo os dados do Ministério de Saúde com base nele a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o país teria 11,3 milhões de diabéticos no ano de 2030. A taxa de prevalência de Hipertensão Arterial em pacientes maiores de 18 anos é de 24,4% segundo o Ministério de Saúde no ano de 2009. O número de pacientes com Hipertensão e Diabetes na ESF Madre Paulina está dentro do estimado para o país segundo os estudos epidemiológicos realizados nos últimos anos, representado no **Quadro 2**.

**Quadro 2-** Hipertensos e diabéticos na ESF Madre Paulina esperados e cadastrados.

<b>Doenças</b>		
	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Diabéticos esperados</b>	91	5,00
<b>Diabéticos cadastrados</b>	86	4,73
<b>Hipertensos esperados</b>	363	19,96
<b>Hipertensos cadastrados</b>	354	19,47

**Fonte:** SIAB 2015.

O risco cardiovascular aumentado na área da equipe foi escolhido como o problema prioritário devido à importância de um bom manejo das condições crônicas e de outros fatores de risco cardiovascular que são modificáveis, podendo sofrer intervenções que permitam controlar a sua influência. Assim, os benefícios que daí resultam serão tanto maiores quanto mais precoces e mais integradas forem as intervenções.

Por isso entende-se que este problema está perfeitamente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, uma vez que depende primordialmente de uma mudança do processo de trabalho dela e da mudança do estilo de vida dos pacientes (FARIA et al.,2009). Tratar uma doença crônica de forma apropriada é muito mais do que apenas tomar medicamentos, requer mudanças dos hábitos diários e adesão às práticas mais saudáveis.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Propor um projeto de intervenção para diminuir e controlar os fatores de risco cardiovascular na população da área de abrangência da ESF Madre Paulina em Matutina- Minas Gerais.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Modificar estilos de vida dos pacientes com risco cardiovascular, para adotar estilos de vida saudáveis.
2. Elevar o nível de informação sobre os riscos cardiovasculares e lograr que os pacientes sejam agentes de sua própria saúde e multiplicadores de promoção de saúde.
3. Organizar a estrutura do serviço para os atendimentos dos pacientes com risco cardiovascular aumentado.
4. Implantar uma linha de cuidado para os pacientes com risco cardiovascular aumentado, incluindo as referências para HPIERDIA regional na GRS Patos de Minas.
5. Realizar uma revisão bibliográfica dos fatores de risco cardiovascular no período de setembro 2014 ao setembro 2015.

#### 4. METODOLOGIA

Para desenvolver o projeto de intervenção e alcançar os objetivos propostos, tomou-se por base o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPO; FARIA; SANTOS, 2010). Este método transcorre por quatro momentos:

1. Momento explicativo: onde se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas.
2. Momento normativo que foi o momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado.
3. Momento estratégico, onde se buscou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.
4. Momento tático-operacional, que foi o momento de execução do plano.

Registra-se, ainda, que foi feita uma pesquisa bibliográfica para obter maior fundamentação teórica na organização do plano de intervenção. A pesquisa se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como nas bases de dados Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS). Os descritores utilizados para a busca foram: planejamento em saúde (Health planning), Gestão de Riscos (risk management) e Doenças Cardiovasculares (Cardiovascular Diseases).

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

No início do século XX, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por menos de 10% das mortes em todo o mundo, enquanto no início do século XXI já são responsáveis por quase 50% das mortes nos países desenvolvidos e 25% naqueles em desenvolvimento. Do total das mortes por doenças isquêmicas do coração, 53% ocorrem em homens e 47% ocorrem em mulheres. A expectativa de morte da OMS para 2015 é de 64 milhões de pessoas no mundo (EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO MUNDO, 2014).

No Brasil em 2002, as doenças cardiovasculares representaram 31% do total de mortes, superando em mais de duas vezes a segunda causa, as neoplasias. Dentre elas, 60% são decorrentes das doenças cerebrovasculares e das doenças isquêmicas do coração, havendo em várias capitais brasileiras preponderância das doenças cerebrovasculares. Estima-se que as mortes por doenças crônicas no Brasil, em 2005, tenham representado uma perda de US\$ 3 bilhões devido a mortes prematuras por doença isquêmica do coração, acidente vascular encefálico e diabetes mellitus. Em no ano de 2013 as principais causas de morte registradas no Brasil foram as doenças isquêmicas do coração, o derrame e a pneumonia respondendo a um 32% dos óbitos segundo o periódico LANCET (SAÚDE PLENA, 2014).

As doenças cardiovasculares (DCV) contribuem, consideravelmente, para a alta morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento e o aumento de sua incidência tal como a necessidade de intervenções eficazes tem sido alvo de vários estudos e despertado interesse especial por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar elevados custos sociais e econômicos (MARÉN, 2015).

As doenças cardiovasculares incluem um grupo muito vasto de patologias que afetam o coração e também os grandes vasos – as artérias e veias que constituem a rede de distribuição de sangue no organismo (SIMÃO et al., 2002).

As formas mais comuns de manifestação de doença – o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) – são acontecimentos súbitos e



devastadores, um primeiro sinal tardio de uma doença grave que é então impossível prevenir (SIMÃO et al., 2002).

As doenças cardiovasculares não afetam determinados grupos populacionais, nem têm em conta classe social grupo étnico ou gênero. Elas têm maior possibilidade de se apresentar com a ocorrência de fatores de risco, os quais representam um conjunto de fenômenos dos quais depende a probabilidade maior ou menor de adoecer ou morrer (ROCA, 2002).

Existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares, os quais podem ser divididos em imutáveis e mutáveis. Os fatores imutáveis são aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratar: idade, hereditariedade, sexo. Os fatores mutáveis são fatores nos quais podemos influir, mudando, prevenindo ou tratando: fumo, colesterol, pressão arterial, sedentarismo, obesidade, diabetes e outros (CEOLIM, MARISCOS, 2011).

Desde os anos 60 após os resultados iniciais dos estudos de Framingham, passou-se a dar valor crescente aos denominados fatores de risco para as doenças cardiovasculares: tabagismo, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e sedentarismo. Estes passaram a ser conhecidos como "fatores de risco clássicos" e a compor o cotidiano dos cidadãos, instados a desenvolver esforços, para individualmente, os controlar a través do uso de um arsenal crescente de medicamentos (SOUZA, 2014).

Tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde uma doença, pois a nicotina que o cigarro contém causa dependência e provoca alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. Assim, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, o tabagismo foi catalogado como "uma desordem mental e de comportamento, decorrente da síndrome de abstinência à nicotina". O fumo é considerado um forte fator de risco independente do grupo étnico, sexo e idade. O risco aumenta quanto maior for a intensidade e duração do hábito de fumar. Este risco pode ser diminuído com a interrupção do vício, como na doença das coronárias, onde cerca de 40% do risco aumentado desaparece após 5 anos sem fumar (OMS, 2003).

A nicotina contida é a droga psicoativa que mais causa dependência. Eleva o ritmo cardíaco e a pressão arterial, aumenta a vasoconstrição e redução do fluxo de sangue para os tecidos, produz redução do colesterol bom (HDL) e redução da liberação do oxigênio para os tecidos. O hábito de fumar é responsável por mais mortes do que todas as outras drogas psicoativas juntas. O consumo do tabaco é um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traqueia e brônquio. (DINIZ et al., 2011).

A Hipertensão arterial é um fator de risco bem conhecido para o desenvolvimento de aterosclerose, produzindo múltiplos efeitos adversos no sistema cardiovascular. A mortalidade é quase três vezes superior nas pessoas hipertensas que as normotensas (ALVAREZ, 2008).

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. 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 (SIMÃO et al., 2013).

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é o principal fator de risco de doença macro e microvascular, atingindo principalmente as artérias e arteríolas coronárias, cerebrais, renais e periféricas dos membros inferiores. As doenças macro vasculares refere-se a uma cardiopatia isquêmica, doença arterial periférica ou doença cerebrovascular. O DM tipo 2 frequentemente associa-se a outras anormalidades, tais como a obesidade visceral, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a dislipidemia. Indivíduos diabéticos do tipo 1 também apresentam prevalência aumentada de DCV, sendo 10 vezes maior que em controles não-diabéticos da mesma faixa etária (SIQUEIRA; ALMEIDA; FERREIRA, 2006).

Com o avanço tecnológico a sociedade moderna está cada vez mais exposta a confortos e comodismos, o que leva as pessoas a terem uma vida sedentária, hábito este, que hoje é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de

doenças cardiovasculares. Já que o risco de ocorrência de um infarto é duas vezes maior em indivíduos sedentários quando comparados com aqueles regularmente ativos (SOUZA et., 2014).

A obesidade é uma doença multifatorial e que pode aumentar a morbidade de outras doenças. Isto ocorre devido a efeitos metabólicos adversos nos níveis lipídeos, pressóricos e a resistência à insulina. A obesidade é uma doença crônica que deve ser tratada como prevenção de doenças cardiovasculares, por estar associada aos fatores de risco modificáveis e ser um fator independente ao desenvolvimento de doença (SOUZA et., 2014).

A obesidade e o sedentarismo são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovascular, pois apresentam as maiores prevalências na população e estão associados a diversas doenças (SOUZA et., 2014).

O consumo moderado de bebidas alcoólicas mostra correlação favorável com a morbidade e mortalidade das DCV. Recomenda-se, para os que usam bebidas alcoólicas, limitar o consumo a, no máximo, 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres ou pessoas de baixo peso. Aos que não se enquadrarem nesses limites máximos de consumo, é recomendado o abandono. Não é recomendável a indicação de bebidas alcoólicas para a prevenção de DCV, pelo risco de dependência, com consumo excessivo, expondo o indivíduo aos potenciais efeitos maléficos sociais e orgânicos (GONÇALVES; CARREIRO; COSTA, 2010).

O papel da dislipidemia na deflagração da aterosclerose coronariana está bem estabelecido. Em especial, níveis elevados do colesterol total e LDL, redução nos níveis do colesterol HDL e aumento dos níveis de triglicérides, podem induzir à doença coronariana. O risco de aterosclerose coronariana aumenta, significativa e progressivamente, em indivíduos com níveis de colesterol total e LDL acima dos patamares de normalidade. Para o colesterol HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco. Níveis de colesterol HDL maiores do que 60 mg/dL caracterizam um fator protetor. Níveis de triglicérides maiores que 150 mg/dL aumentam o risco de doença aterosclerótica coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016)

As dislipidemias representam importante fator de risco para a gênese e desenvolvimento da aterosclerose e suas complicações. O diagnóstico e tratamento corretos são armas fundamentais no combate à alta prevalência das doenças cardiovasculares que temos vivido no mundo moderno (BERTOLAMI; CHIARA, 2014).

No que diz respeito aos fatores de risco de doenças cardiovasculares não modificáveis, isto é, aqueles que não podem ser mudados, embora não seja possível reverter totalmente esses fatores, podem-se buscar maneiras de aprender a conviver com eles: idade, hereditariedade, sexo e raça (MARÉN, 2015).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão há uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade da pessoa, sendo a prevalência de hipertensão arterial superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade. Portanto, o risco de se desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avançar da idade (MARÉN, 2015)

Quanto à hereditariedade, pode dizer que os fatores genéticos para a origem da HAS estão bem estabelecidos na população. Contudo, não existem, ainda, “variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS” (MARÉN, 2015).

Espera-se alcançar em futuro próximo a diminuição das doenças cardiovasculares, tendo como relação direta uma maior informação sobre os riscos e também mudanças de estilo de vida. A final como relata Santos; Filho; Martinez (MARÉN, 2015):

“O controle de alguns dos fatores de risco independentes reduziu de forma importante a morbimortalidade secundária à aterosclerose. O controle da HAS diminuiu o AVC em 42% e a DIC em 15%. A redução do LDL-colesterol em cerca de 30% diminuiu o risco de infarto do miocárdio em 33%, o AVC em 29% e a mortalidade cardiovascular em 28%. A abstenção do fumo pode diminuir o risco de mortalidade em até 70% em indivíduos já portadores de DIC” (MARÉN, 2015).

O Ministério da Saúde propõe a utilização da estratificação para definir o prognóstico e a conduta na abordagem do hipertenso na atenção primária, recomendando a adoção do Escore de Framingham (EF), que tem sido testado com sucesso em várias populações. Trata-se de uma escala que busca estimar o risco de um evento cardiovascular para o paciente, a partir de algumas variáveis. Considerando

que os fatores de risco utilizados nessa estratificação são frequentes no Brasil, sua utilização tem potencial para melhorar o controle do portador de HAS no país e reduzir a ocorrência de desfechos graves para os mesmos (BARBOSA, PIMENTA, 2014).

O quadro 3 apresenta os fatores risco para eventos coronários conforme o proposto por American Heart Association (AHA)

**Quadro 3-** Escore de risco para evento coronário conforme proposto pela *American Heart Association American College of Cardiology* de acordo com os resultados do *Framingham Heart Study*.

<b>Idade</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulher</b>
<34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8
<b>Colesterol (mg/dl)</b>		
<160	-3	-2
169-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	2
>280	3	3
<b>HDL (mg/dl)</b>		
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3
<b>Pressão arterial sistólica (mm de Hg)</b>		
<120	0	0
120-129	1	1
130-139	2	2
140-159	3	3
>160		
<b>Diabetes</b>		
<i>Sim</i>	0	2
<i>Não</i>	2	4
<b>Tabagismo</b>		

Sim	0	2
Não	2	4

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n.29)

Estimativa de risco cardiovascular no homem segundo critérios de Framingham

- Baixo: até 10 pontos
- Meio: 11 a 14 pontos.
- Alto: maior e igual a 15 pontos.

Estimativa de risco cardiovascular na mulher segundo critérios de Framingham.

- Baixo: até 12 pontos
- Meio: 13 a 17 pontos.
- Alto: maior e igual a 18 pontos.

O quadro 4 mostra como classifica-se o risco cardiovascular segundo o Escore de Framingham.

**Quadro 4-**Classificação de Risco Cardiovascular de acordo com Escore de Framingham.

<b>Categoria</b>	<b>Evento Cardiovascular Maior (ECM)</b>
<b>Baixo</b>	<10%/ 10anos
<b>Moderado</b>	10-20%/ 10 anos
<b>Alto</b>	>20%/ 10 anos

Fonte: Brasil 2006.

## 6. PLANO DE INTERVENÇÃO.

Conforme dito anteriormente, este plano foi feito com base no PES e seguiu quatro momentos, que por sua vez, são divididos em passos.

O primeiro momento explicativo se constituiu dos seguintes passos:

- Primeiro passo: Definição dos problemas. Neste momento identificaram-se os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências deles.
- Segundo passo. Priorização do problema. Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto à prioridade, segundo os seguintes critérios:
  - ✓ Atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema.
  - ✓ Distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência.
  - ✓ Definindo-se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe. → numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.
- Terceiro passo. Descrição do problema selecionado. Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.
- Quarto passo. Explicação do problema. Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a gênese dele.
- Quinto passo. Seleção dos “nós críticos”. A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando “atacadas”, são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

O momento normativo se formou a partir dos seguintes passos:

- Sexto passo. Desenho das operações. As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrevê-las, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. Nossa equipe propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

A equipe propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução mostrados no quadro 5.

**Quadro 5-** Desenho das operações para os nós críticos do problema risco cardiovasculares aumentados.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Mais saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vidas	Diminuir em um 25% o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade e as dislipidemias no prazo de um ano.	Programa de caminhada orientada  Campanhas educativas sobre estilos de vida saudável nos locais de trabalho, clubes e a rádio.  Abordagem multiprofissional aos	<b>Organizacional:</b> para organizar as caminhadas, campanhas e programa.  <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégia de comunicação.  <b>Político:</b> conseguir espaços na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a



			pacientes  Programa por uma Alimentação saudável.	rede de ensino.  <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos, etc.
Estrutura dos serviços de saúde	<b>Cuidar melhor</b>  Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos diabéticos e hipertensos.  Melhorar o acompanhamento	Educação permanente com os profissionais; contratação de compra de exames e consultas especializadas ; compra de medicamentos .	<b>Organizacional:</b>  Para organizar os treinamentos  <b>Cognitivo:</b> elaboração do projeto de adequação  <b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;  <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema	<b>Linha de Cuidado</b>  Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação	<b>Organizacional:</b> adequação de fluxos (referência e contrareferência)  <b>Cognitivo:</b> elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;  <b>Político:</b>

	de referência e contra referência.		implantada; gestão da linha de cuidado implantada.	articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Baixo nível de informação sobre os riscos das doenças cardiovasculares.	<b>Conhecer mais</b>  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 de cuidadores.	<b>Organizacional:</b> organização da agenda  <b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas  <b>Político:</b> articulação intersectorial  (Parceria com o setor educação) e mobilização social.

- Sétimo passo. Identificação dos recursos críticos. Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

**Quadro 6-** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado

<b>Operação /projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Mais saúde</b>	<b>Político:</b> conseguir espaços na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino.

	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos,
<b>Cuidar melhor</b>	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> recursos necessários para estruturação do serviço (custeio e equipamento)
<b>Linha de Cuidado</b>	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
<b>Conhecer mais</b>	<b>Político:</b> articulação intersectorial.

No momento estratégico, buscou-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo desenhado, desenvolvendo os seguintes passos.

- Oitavo passo. Análise de viabilidade do plano. Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos, como sintetizado no **Quadro 7**.

**Quadro 7-** Proposta de ações para motivação dos atores

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Mais saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vidas	<b>Político:</b> conseguir espaços na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino. <b>Financeiro:</b> para	Sector da comunicação social. Secretário municipal de saúde / Secretário municipal de educação	Favorável  Favorável  Favorável	Não é necessária

	aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos.			
<p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Risco cardiovascular aumentado.</p>	<p><b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;</p> <p><b>Financeiros:</b> recursos necessários para os equipamentos das redes e para custeio de medicamentos exames e consultas especializadas.</p>	<p>Prefeito municipal</p> <p>Secretário municipal de saúde/</p> <p>Fundo nacional de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar um projeto de estruturação da rede</p>
<p><b>Linha de Cuidado</b></p> <p>Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de</p>	<p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>	<p>Secretário municipal de saúde/</p> <p>Equipe de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>

referência e contrarreferência.				
<b>Conhecer mais</b>  Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Político:  articulação com secretaria de educação.	Secretário municipal de educação / Secretaria municipal de saúde	Favorável	Não é necessária

- Nono passo. Elaboração do plano operativo. Aqui foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações, conforme apresentado no **Quadro 8**.

**Quadro 8-** Plano operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Mais saúde Modificar hábitos de vida.	Diminuir em um 25% o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade e as dislipidemias no prazo de um ano.	Programa de caminhada orientada Campanhas educativas sobre estilos de vida saudável nos locais de trabalho, clubes e na rádio. Abordagem multiprofissional aos pacientes Programa por		Enfermeira da ESF e técnica de enfermagem	Um mês para início das atividades

		uma Alimentação saudável.			
Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Risco cardiovascular aumentado	Adaptação das ofertas às demandas, exames, medicamentos definidos nos protocolos considerando a meta de 80% de cobertura.	Educação permanente com os profissionais; contratação de compra de exames e consultas especializadas ; compra de medicamentos .	Apresentar projeto de estruturação das redes	Medico da ESF e coordenador da ABS.	Dois meses para a apresentação do projeto e seis meses para aprovação e liberação dos recursos, dois meses para a compra dos equipamentos; início em quatro meses e finalização em seis meses.
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência.	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.		Medico da ESF, coordenador da ABS.	Início em dois meses e terminação em um ano.
Conhecer mais Aumentar o nível de	População mais informada sobre riscos	Avaliação do nível de informação da população		Enfermeira da ESF e ACS	Início em dois meses termino em quatro

informação da população sobre os riscos cardiovasculares	cardiovasculares.	sobre risco cardiovascular ; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e de cuidadores.			meses; Início em dois meses e terminação em doze meses; início em três meses e avaliação a cada trimestre; início em um mês e término em três meses.
--	-------------------	---	--	--	--

Por fim, no momento tático-operacional, momento de execução do plano, deve-se trabalhar sobre a base de:

- Décimo passo. Gestão do plano, em que vamos desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito de ter no Brasil programas de prevenção das doenças cardiovasculares na atenção básica, ainda existe um incremento deles, propiciado pelo incremento de fatores de risco controláveis como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, entre outros (MARÉN, 2015).

O plano de intervenção elaborado e apresentado busca minimizar o problema “risco cardiovascular aumentado” e fazer uma abordagem mais humanizada com os pacientes. Com o desenvolvimento dele, torna-se importante as relações da equipe com a comunidade, já que constitui um mecanismo para oferecer ferramentas à população que possibilitem um adequado manejo dos fatores de riscos, incrementando o nível de conhecimento sobre o tema e melhorando a qualidade da assistência médica dos portadores de fatores de risco cardiovascular.

Destaca-se ser interessante colocar em prática esta proposta nas equipes do município como apoio dos funcionários da secretaria de saúde, para melhorar os indicadores relacionados com as doenças cardiovasculares e favorecer a nossa principal função: a medicina preventiva.



## REFERENCIAS

ALVAREZ S., R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social. Havana: **Editorial Ciências Médicas**, v. 2, n.70,p. 83 -86. 2008

ARAUJO, Alberto José de et al.Diretrizes para Cessação do Tabagismo.**J.bras. Pneumol.**[online].v.30, suppl.2, p. S1-S76, 2004.

BERTOLAMI, A; CHIARA, M.B. **Como tratar e diagnosticar as Dislipidemias**. 2014 Disponível em:[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5960](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5960).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde–PNS: 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE Cidades@. Brasília,2013. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. Cadernos de Atenção Básica, n.29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus/** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-Brasília: Ministério da saúde, 2001,104 p.

CAMPOS, F. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p

CEOLIN, S. U. B; MARISCO. N; **Fatores de risco para Doenças Cardiovasculares em Idosos**. XVI Seminário de Interinstitucional de Ensino Pesquisa e extensão, 2011.

Disponível em:

<http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/FATORES%20DE%20RISCOS%20PARA%20DOEN%C3%87AS%20CARDIOVASCULARES%20EM%20IDOSOS.pdf>.

DINIZ, C. A. P.M; SANTANA, M. A.; ARCARI D. P.; THOMAZ, M. C. A. **Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares**. Disponível em:

[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2011/tabagismo.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2011/tabagismo.pdf).

GONÇALVES, G.G. G; CARREIRO, M. F; COSTA, G. A. **Revisando os Fatores de risco Cardiovascular**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18 (4):650-5.

Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a25.pdf>.

HAYASHIDA, M; CESARINO, E. J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico online] v.4, n.2, p. p. 27 –35 2002. Disponível em

<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316890>>. Acesso em 28 Mar. 2013.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p105-176.

MARÉN, N.M. **Plano de intervenção para redução dos riscos cardiovasculares na população de Contagem**. 2015. 41f. Monografia (Especialização Estratégia Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4749.pdf>

OMS (2003). Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento**, 2003 Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo\\_saude.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf)

ROCA, G.R. **Temas de Medicina Interna**, 4. Ed. tomo 1. Havana: Editorial Ciência Medica Quinta parte. p. 239-523.2002.

SIMÃO, M; NOGUEIRA, M.S. **Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def> Acesso em 28 Mar. 2013

THE LANCET. **Saiba quais são as principais causa de morte no Brasil**. Periódico publicado em 188 países, dic.2014.Díspnível em:<[http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/12/18/noticia\\_saudeplena,151699/saiba-quais-sao-as-tres-principais-causas-de-morte-no-brasil.shtml](http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/12/18/noticia_saudeplena,151699/saiba-quais-sao-as-tres-principais-causas-de-morte-no-brasil.shtml). Acesso em:14 dezembro, 2014.

SANTOS FILHOS. R. D.; MARTINEZ, T. L. da R. Fatores de risco para doença cardiovascular velhos e novos fatores de risco, velhos problemas! **ArqBrasEndocrinolMetab** [online]. v. 46, n.3, p. 212-214, 2002.

SIMÃO, A. et al. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular**. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101, Nº 6, Supl. 2, Dezembro 2013. Disponível em:[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz\\_Prevencao\\_Cardiovascular.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf).

SIQUEIRA, A. F.A; ALMEIDA, P.B; FERREIRA, R.G. S. **Doença Cardiovascular no Diabetes Mellitus: Análise dos Fatores de Risco Clássicos e Não Clássicos**. USP (SRGF), São Paulo, SP,2006.

SOCIEDADAE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA.2016. DISPONIVEL EM: <http://www.endocrino.org.br/dislipidemia-e-aterosclerose/>.

SOUZA, W.C. **Projeto de intervenção sobre o risco cardiovascular aumentado na área da abrangência da Estratégia Saúde da Família Renascer, em Tiros-MG.** 2014. 37f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Confins, 2014 disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4397.pdf>

SOUZA, C. E. M. et al. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular.** Programa de Mestrado em Promoção da Saúde (PPGPS) do Centro Universitário Cesumar UNICESUMAR, Maringá-PR, Brasil, 2014. Disponível em: [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2013Vol24\\_4\\_7\\_ObesidadeSedentarismo.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2013Vol24_4_7_ObesidadeSedentarismo.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Epidemiologia das doenças cardiovasculares no mundo.** Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva; 2005. disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/123738/DLFE-1686.pdf/1.0>.