

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MAYSA LEMOS SIMOSONO**

**A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES: projeto  
de intervenção na atenção primária**

**BELO HORIZONTE/MG**

**2015**

**MAYSA LEMOS SIMOSONO**

**A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES: projeto de  
intervenção na atenção primária**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

**Orientador:** Haliton Alves de Oliveira Junior

**BELO HORIZONTE/MG**

**2015**

**MAYSA LEMOS SIMOSONO**

**A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES: projeto de  
intervenção na atenção primária**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Haliton Alves de Oliveira Junior

Banca Examinadora

Haliton Alves de Oliveira Junior (Orientador)

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte

## RESUMO

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis por um alto índice de morbimortalidade. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, cerca de 30 milhões de pessoas morrem, todos os anos, devido a problemas relacionados a estas condições. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus podem ser controláveis através de farmacoterapia e a adoção de hábitos saudáveis, dentre os quais destaca-se alimentação balanceada associada a exercícios físicos regulares. A ESF Novo Horizonte – Passos /MG, cobre 3500 habitantes, sendo 103 diabéticos e 306 hipertensos, com 38,55% destes em médio e alto risco. Após análise realizada constatou-se alto risco cardiovascular relativo ao tabagismo, sobrepeso/obesidade, sedentarismo e alimentação desbalanceada rica em gorduras e sódio. Dentro desta realidade o presente estudo focou-se na elaboração de um Projeto de Intervenção baseado no desenvolvimento de campanhas de atividade física regular, alimentação balanceada, fortalecimento no acompanhamento destes hipertensos dentro dos grupos semanais e rastreamento dos hipertensos com risco médio e alto a fim de reduzir tal risco. Tal intervenção contribuirá para uma melhoria da qualidade de vida da população hipertensa e diabética da ESF Novo Horizonte / Passos / MG, contribuindo assim para minimizar o número de hipertensos e diabéticos com risco elevado.

**Palavras-chave:** Risco cardiovascular. Atenção Primária. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

Hypertension and diabetes mellitus are the main Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs), responsible for a high rate of morbidity and mortality. According to the World Health Organization, about 30 million people die every year due to problems related to such conditions. Hypertension and diabetes mellitus can be controlled through pharmacotherapy and the adoption of healthy habits, among which stands out balanced diet combined with regular exercise. The health center Novo Horizonte Passos / MG, cover about 3500 people, including 103 diabetic and 306 hypertensive, with 38.55% of those in medium and high risk. After an examination it was found high increased cardiovascular risk relative to smoking, overweight / obesity, physical inactivity and unbalanced and rich in fats and sodium diet. Within this reality the present study has focused in a conduction of an intervention program based on the development of regular physical activity campaigns, balanced diet, strengthening the monitoring of these hypertensive within the weekly groups and tracking of hypertensive patients with medium risk and high in order to reduce such risk. This intervention will contribute to improving the quality of life of hypertensive and diabetic population covered by Health Center Novo Horizonte / Passos / MG, thus helping to minimize the number of hypertensive and diabetic patients at high risk.

**Keywords:** Cardiovascular risk. Primary Care. Quality of Life.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPP	Centro de Aprendizagem Pró-menor de Passos
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID 10	Código Internacional de Doenças 10
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAPOP	Grupo de Apoio a Pacientes Oncológicos de Passos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PROMAI	Programa Materno Infantil
PSF	Posto de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCV	Risco cardiovascular
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Dados do Município de Passos (MG) _____	1
Tabela 2- Porcentagem da população acima de 15 anos com escolaridade _____	2
Tabela 3- Renda Per Capita das famílias na área da UBS-ESF Novo Horizonte _____	4
Tabela 4- Abastecimento de Água das famílias da UBS-ESF Novo Horizonte: _____	4
Tabela 5- Destino de Fezes e Urina das famílias da UBS-ESF Novo Horizonte: _____	5
Tabela 6- Destino do Lixo das famílias da UBS-ESF Novo Horizonte: _____	5
Tabela 7- Classificação de risco global, segundo Escore de Framingham. _____	16
Tabela 8- Distribuição de Hipertensos da UBS-PSF Novo Horizonte: _____	18
Tabela 9- Distribuição de diabéticos da UBS-PSF Novo Horizonte: _____	18



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição de indivíduos por faixa etária e sexo da população da UBS-ESF Novo Horizonte _____	6
Quadro 2 - Priorização dos problemas da UBS-PSF Novo Horizonte _____	9
Quadro 3- Intervenções com classe de recomendação e nível de evidência _____	16
Quadro 4 - Desenho das operações _____	20
Quadro 5- Identificação de recursos críticos para desenvolver ações de intervenção _____	22
Quadro 6- Análise e viabilidade do plano de ação _____	23
Quadro 7- Plano de Ação _____	25

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Foto da UBS-PSF Novo Horizonte----- 7

**LISTA DE ANEXOS**

Anexo 01	Critérios indicativos de alto RCV e indicação de medida preventiva secundária-----	33
Anexo 02	Indicadores de risco indeterminado e necessidade de exames laboratoriais---	34
Anexo 03	Escore de Framingham para evento cardiovascular para homens-----	35
Anexo 04	Escore de Framingham para evento cardiovascular para mulheres-----	36

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>14</b>
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>15</b>
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:</b>	<b>18</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>28</b>



## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com arquivos da Prefeitura Municipal de Passos, o primeiro nome do município foi Capoeiras; o segundo foi Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos, em virtude do alferes João Pimenta de Abreu, devoto do Senhor Bom Jesus dos Passos, haver erigido o primeiro templo nessa cidade, em cumprimento de uma promessa, tendo por orago aquele santo. Mais tarde o nome foi simplificado para Passos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS/MG, 2015).

O primeiro nome dado a região onde se encontra o bairro Novo Horizonte era Pasto das Éguas, antes do loteamento na gestão do Prefeito Geraldo da Silva Maia foi doado lotes aos moradores, passando assim a se chamar Patrimônio (por ser patrimônio da prefeitura). Segundo uma moradora, o nome “Novo Horizonte” foi escolhido por representantes do bairro em reunião com outro Prefeito. Em 1988 foi inaugurado o Ambulatório Novo Horizonte, numa área onde anteriormente era o aeroporto (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS/MG, 2015).

Passos é um [município](#) de [Minas Gerais](#), na [Mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas](#). Localizada a 343 km de distância da capital Belo Horizonte (IBGE, 2013). Descrevendo o município, Passos possui uma população de 106290 habitantes, com uma área de 1339km<sup>2</sup>, uma densidade de 80 hab./Km<sup>2</sup> aproximadamente. O IDH é 0, 797 (PNUD, 2000). A cidade se destaca como polo regional, possuindo uma economia baseada principalmente na [agropecuária](#) e no [agronegócio](#), em pequenas [indústrias](#) de confecções e móveis, além de um forte setor de [serviços](#) (IBGE, 2013). Nos [transportes](#), a cidade é servida principalmente pelas rodovias e pela [BR-146](#). De acordo com dados extraídos da DATA SUS/CENSOS (2010).

*Tabela 1- Dados do Município de Passos (MG)*

Discriminação	Valor
<b>Renda media domiciliar per capita de Passos</b>	R\$ 786,69
<b>PIB per capita</b>	R\$13604,07
<b>Índice de renda domiciliar per capita</b>	0, 4978
<b>% população &lt; ½ Salário Mínimo (SM)</b>	19,47%
<b>% crianças renda dom &lt; 1/2 SM</b>	33,49%

<b>Abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo</b>	96709 habitantes (90%)
<b>Taxa de desemprego &gt; 16</b>	4,92%
<b>Taxa de trabalho infantil</b>	7,20%

Fonte: DATA SUS / CENSOS (2010)

Os dados relacionados na **Tabela 1** demonstram alguns parâmetros socioeconômicos do Município de Passos (MG), onde ressalta-se que o município tem grandes avanços em relação à renda *per capita* e também uma ampla rede de água e esgoto, entretanto, sendo necessário levar água tratada e esgoto a totalidade do município.

**Tabela 2- Porcentagem da população acima de 15 anos com escolaridade**

<b>Escolaridade pessoas com 15 anos ou mais</b>	<b>%</b>
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	22,6
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	15,94
2º ciclo fundamental completo ou mais	52,01
Não determinada	9,45
<b>Total</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade de 18 a 24 anos:</b>	<b>%</b>
Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	4,34
1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	10,68
2º ciclo fundamental completo ou mais	78,49
Não determinada	6,48
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fonte: IBGE (2013)

Os dados educacionais contidos na **Tabela 2** demonstram um percentual de analfabetismo de 22,6%, ao analisar as pessoas com mais de 15 anos, entretanto, ao se observar os estratos, percebe-se um nível baixo de analfabetismo no intervalo de 18-24 anos, demonstrando avanços em relação à alfabetização no município. É fato ainda que, os hábitos de vida têm uma relação direta com o nível de instrução, onde aqueles com mais anos de estudo tendem a modificar seus hábitos de forma menos resistente do que aqueles com menores anos de estudo (SANTOS, 2013).

Dentro desta perspectiva, é fundamental que haja ações de conscientização relacionadas à importância da prevenção e, quando necessário for, de fidelização ao tratamento como mecanismo de minimizar o impacto da doença sobre a saúde, buscando assim reduzir os fatores associados que podem aumentar o risco.

Em relação ao sistema local de saúde ao todo, existem 17 UBS com ESF, com previsão de abertura próxima de mais duas unidades, com uma cobertura estimada de 60% da população; e duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, composto por psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e fonoaudiólogo, contribuindo assim para uma gama de serviços de saúde à população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSOS/MG, 2015).

A Secretaria Municipal de Saúde de Passos/MG conta ainda com unidades de Saúde Mental (Centro de Apoio Psicossocial – CAPS I e II, Unidade de Pronto Atendimento UPA, e um Centro de Referência a Saúde do Trabalhador – CEREST (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSOS/MG, 2015).

Destaca-se ainda a Santa Casa de Misericórdia de Passos/MG, que possui unidades de média, alta complexidade, maternidade, abrigando ainda o Hospital Regional de Câncer, unidade de Diálise e Clínica Médica para pacientes pluripatológicos complexos. Conta-se ainda com um Centro de Especialidades Médicas com especialistas nas áreas de neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e diagnósticos por imagens (SECRETARIA MUNICIPAL DE PASSOS/MG, 2015).

O Município de Passos/MG também é a base da Superintendência Regional de Saúde – SRS, demonstrando a importância do município para a região e para a construção de ações estratégicas de saúde.

Mais especificamente na região da UBS-ESF Novo Horizonte está localizado o Ambulatório Novo Horizonte, uma unidade de saúde com especialistas de referência nas áreas de Pediatria, Ginecologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição com ações de imunização e coleta de exames, permitindo assim um amplo serviço de saúde à população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSOS/MG, 2015).

O Conselho Municipal de Saúde é atualmente formado por representantes do governo, sendo membros efetivos o gestor da saúde municipal (secretário de saúde), 01 representante da secretaria de assistência social, 01 representante da secretaria de planejamento e 01 representante da secretaria da fazenda, de modo geral, os representantes das secretarias são os próprios secretários; há também a participação de 04 representantes de entidades do



município: sindicato das costureiras, GAPOP (grupo de apoio a pacientes oncológicos de Passos), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Corpo de Bombeiros; e os representantes populares que são 04 membros indicados pelas associações de bairro.

A partir da análise do sistema de saúde local e regional observa-se que o município de Passos/MG possui um sistema amplo que contribuiu para o desenvolvimento de ações estratégicas em saúde, contribuindo assim para que a população tenha acesso a uma gama de serviços e para a qualidade de vida.

Contextualizando a UBS-PSF, Novo Horizonte, está localizada no Sul da cidade de Passos, situada na rua: São Gabriel, 105. É composta pelos bairros, Belo Horizonte, Novo Horizonte, Vila Rica e Serra das Brisas, sendo uma referência em atenção básica contribuindo, sobremaneira, para a prevenção através da realização de ações e estratégias em saúde com foco na prevenção e tratamento. O centro ocupa uma área aproximada de 111,8 Km<sup>2</sup>, com uma população de referência estimada em 3500 habitantes, aproximadamente 913 famílias, com uma densidade – 37,48 habitantes por Km<sup>2</sup>. Faz divisa com as áreas de abrangências das UBS - Casarão, Escola e Nossa Senhora das Graças.

Em relação à renda per capita de Novo Horizonte, está demonstrada na **Tabela 3**.

**Tabela 3- Renda Per Capita das famílias na área da UBS-ESF Novo Horizonte**

<b>Renda Per Capita</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
< R\$ 70,00	2	0.2
> R\$ 70,00	911	99.8

**Fonte:** UBS – ESF Novo Horizonte (2013)

Outro aspecto relevante é acerca da renda *per capita*, pois valores abaixo de R\$ 70,00 definem as famílias como pobres ou extremamente pobres, o que pode determinar algumas dificuldades em relação há manutenção de hábitos de vida saudáveis, principalmente em relação à alimentação.

**Tabela 4- Abastecimento de água das famílias da UBS-ESF Novo Horizonte**

<b>Tipo</b>	<b>Nº Famílias</b>	<b>%</b>
Rede Pública	913	100
Poço ou Nascente	0	0
Outros	0	0

Total	913	100
-------	-----	-----

**Fonte:** UBS – ESF Novo Horizonte (2013)

O abastecimento de água também é um importante parâmetro de saúde pública, pois considera-se que esta população tem acesso a uma água tratada e, portanto com menor possibilidade de desenvolvimento de algumas doenças relacionadas ao uso de água contaminada.

**Tabela 5- Destino de fezes e urina das famílias da UBS-ESF Novo Horizonte**

<b>Tipo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sistema de Esgoto	912	99.89
Fossa Séptica	1	0.11
Céu Aberto	0	0
Total	913	100

**Fonte:** UBS – ESF Novo Horizonte (2013)

O saneamento básico também é um parâmetro de saúde pública, pois o esgoto a céu aberto está diretamente relacionado a um grande número de doenças que contribuem para a qualidade de vida. Os dados das **Tabelas 4 e 5** vêm reforçar o atendimento desta medida primária de saúde pública nesta região.

Em relação ao acesso à energia elétrica, 100% da população coberta pela ESF Novo Horizonte possui fornecimento, dado este que vem contribuir para a melhoria da qualidade de vida associada ao uso de eletrodomésticos, principalmente geladeira, que permite a conservação dos alimentos e reduz o risco de doenças relacionadas a contaminação alimentar.

**Tabela 6- Destino do Lixo das famílias da UBS-ESF Novo Horizonte**

<b>Destino</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Coletado	913	100
Queimado/Enterrado	0	0
Céu Aberto	0	0
Total	0	0

**Fonte:** UBS – ESF Novo Horizonte (2013)

A coleta de lixo é um importante parâmetro de saúde pública, já que o acúmulo indiscriminado é um importante vetor para doenças e a incineração está associada a produção de monóxido de carbono e/ou gases tóxicos que podem contribuir para problemas respiratórios, afirma Magalhães (2015).

***Quadro 1 - Distribuição de indivíduos por faixa etária e sexo da população da UBS-ESF Novo Horizonte***

Faixa Etária	Feminino	Masculino
< de 1 Mês	2	7
1 – 11 Meses	13	16
1 – 4 Anos	40	37
5 – 9 Anos	86	109
10 – 14 Anos	113	118
15 – 19 Anos	117	139
20 – 24 Anos	156	163
25 – 29 Anos	137	160
30 – 34 Anos	169	177
35 – 39 Anos	148	151
40 – 44 Anos	104	124
45 – 49 Anos	112	96
50 – 54 Anos	115	89
55 – 59 Anos	109	103
60 – 64 Anos	114	108
65 – 69 Anos	60	72
70 – 74 Anos	48	49
75 – 79 Anos	26	31
80 Anos	37	17
<b>Total</b>	<b>1706</b>	<b>1766</b>
<b>Total Geral</b>	<b>3472</b>	

**Fonte:** UBS – ESF Novo Horizonte (2015)

Acima vemos a distribuição populacional da nossa área por faixa etária e sexo, destaca-se predomínio feminino entre os 45 – 64 anos. Não possuímos dados que poderiam justificar tal acontecimento, mas talvez pudesse ser justificado por uma maior mortalidade por doenças cardiovasculares.

Na área de cobertura da ESF Novo Horizonte existem várias instituições, dentre as quais destacam-se a Escola Estadual Francisco Avelino Maia, 01 Centro de Aprendizagem Pró-Menor (CAPP), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), 01 Centro de Educação Infantil (Creche Caritas) que atende cerca de 1800 crianças e adolescentes (ESF NOVO HORIZONTE, 2015).

Tais instituições dentro da área de cobertura da ESF contribuem para a realização de parcerias que visam à prevenção e a conscientização da população acerca de questões relacionadas á saúde.

A região abriga ainda uma série de praças e locais de lazer, contribuindo para que a população tenha acesso a projetos voltados neste sentido e para a redução do sedentarismo e consequentemente de doenças relacionados a ele.

A Unidade Básica de Saúde – ESF Novo Horizonte está localizada na Rua São Gabriel, nº 105 – Bairro Vila Rica, numa casa ampla e adaptada para atender a demanda e desenvolver os programas preconizados pelo Ministério de Saúde.

**Figura 1 - Foto da UBS-PSF Novo Horizonte**



**Fonte:** Arquivo da UBS-ESF Novo Horizonte (2015)

A UBS – PSF Novo Horizonte funciona de segunda a sexta-feira, sendo que em campanhas estaduais e federais de vacinação esta pode vir a funcionar durante finais de semana e feriados. O horário de funcionamento da unidade é de 07:00 as 11:30 e de 13:00 as 16:30. A equipe é composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Secretaria (01) e agentes comunitários de saúde (06) com uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais. (UBS – ESF NOVO HORIZONTE, 2015)

O atendimento é organizado de modo a contemplar a demanda por atendimentos espontâneos e programáticos. Dentre os atendimentos espontâneos são reservadas quatro vagas diárias para atendimentos imediatos, ou seja, pacientes com queixa aguda, que são

triados pela enfermeira ou técnica de enfermagem e, dependendo do resultado da triagem, o atendimento é imediato ou em casos que se tratam de condições agudas, mas que não tem caráter de urgência ou emergência é agendado para a mesma semana. Encaixam-se nesses atendimentos pacientes que já passaram em consulta agendada espontânea e que precisam retornar para controle clínico ou apresentação de exames.

Os atendimentos programáticos incluem os grupos da atenção básica que são adolescentes, idosos, gestante, saúde mental, portadores de HIV, pacientes em seguimento por tuberculose ou hanseníase, Hipertensão e Diabetes e Saúde da Mulher. Estes atendimentos são reservados aos pacientes com condições de saúde crônicas como DM e HAS, transtornos psiquiátricos em uso contínuo de medicação e também para acompanhamento puerperal, pré-natal, e ações preventivas referentes à saúde da mulher, estes atendimentos visam o acompanhamento profilático e terapêutico dos pacientes. Um turno por semana (quinta-feira de manhã) realiza-se atendimento domiciliário aqueles pacientes que não podem deslocar-se à unidade. Também às quintas-feiras às 15h realiza-se reunião de equipe para discussão dos processos de trabalho e de formação continua.

A partir do levantamento dos problemas dentro da área de cobertura da UBS – ESF Novo Horizonte – Passos/MG buscou-se uma ampla discussão com toda equipe, incluindo o (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) NASF para detectar a prioridade e a capacidade de enfrentamento do problema mais relevante dentro da prática diária. A capacidade de enfrentamento está relacionado as ações que desenvolvidas podem contribuir para minimizar ou extinguir um determinado problema diagnosticado.

Foram identificados os seguintes problemas:

- Grande porcentagem da população com fatores de risco cardiovascular;
- Uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Tráfico;
- Baixa renda familiar;
- Multiparidade (>3 filhos);
- Polifarmácia em idosos;
- Uso excessivo de antidepressivos e benzodiazepínicos.

A priorização desses problemas levantados está demonstrada no **Quadro 2**.

Os 07 problemas acima elencados foram classificados como pontos cruciais no processo de trabalho da equipe com necessidade de intervenção. Um problema que foge da governabilidade da equipe e o tráfico de drogas.

Estabelecer a prioridade dos problemas é um passo relevante na construção de um Projeto de Intervenção, já que se torna necessário reconhecer as prioridades e a capacidade de enfrentamento, possibilitando assim a construção de ações que poderão ser realizadas a curto, médio e longo prazo. Os problemas foram priorizados utilizando os critérios mencionados por Campos; Faria; Santos (2010) tais como:

- grau de importância do problema,
- urgência do problema,
- capacidade de solucionar o problema.

***Quadro 2- Priorização dos problemas da UBS-PSF Novo Horizonte***

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Risco cardiovascular aumentado	Alta	Alta	Parcial	1
Abuso de álcool e outras drogas	Alta	Alta	Parcial	2
Tráfico	Alta	Alta	Fora	3
Baixa renda	Alta	Media	Fora	4
Múltiparas (>3filhos)	Media	Media	Parcial	5
Polifarmácia em idosos	Alta	Alta	Parcial	6
Uso excessivo de antidepressivos /benzodiazepinas	Alta	Media	Parcial	7

**Fonte:** UBS – ESF Novo Horizonte (2015)

A partir da análise dos dados tabulados observa-se que o risco cardiovascular possui alta prioridade e com capacidade de enfrentamento parcial sendo prioridade para a equipe. É fundamental ressaltar que a análise dos dados permitiu compreender que o risco cardiovascular aumentado está diretamente relacionado aos hipertensos e diabéticos da área de cobertura da ESF, onde se associa a doença crônica o sobrepeso/obesidade, tabagismo, sedentarismo e tratamento sem seguimento.

Assim, é fundamental a construção de um planejamento que vise reduzir os fatores associados a esta doença, com foco em estratégias relacionadas à alimentação, atividade física regular, rastreamento dos hipertensos que não realizam acompanhamento e controle da

gordura corporal propiciando uma minimização dos fatores associados que elevam o risco cardiovascular.

O problema que mobilizou mais a equipe foi a grande porcentagem da população com fatores de risco cardiovascular. Para facilitar a compreensão do tema passo a discorrer sobre o mesmo.

A introdução das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) possibilitou uma ampla cobertura na Atenção Básica favorecendo o controle principalmente das doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Entretanto, é necessário que as equipes tenham a capacidade de rastrear os nós críticos e a partir de tal elaborar estratégias e ações articuladas que contribuam para minimizar os fatores ambientais (tabagismo, obesidade, sedentarismo e outros) que favorecem o aumento do risco cardiovascular destes indivíduos (SANTOS, 2013)

Neste sentido, o presente estudo trata-se de um projeto de intervenção, dentro do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, a ser realizado no Posto de Saúde da Família (PSF) – Unidade Básica de Saúde (UBS) - Novo Horizonte na cidade de Passos, Minas Gerais, através do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Nas reuniões de equipe, identificaram-se certas doenças crônicas, destacando-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), além de outros fatores de risco cardiovascular (RCV), como o tabagismo, obesidade e sedentarismo, importantes problemas de saúde responsáveis por grande parte da morbimortalidade da comunidade, não diferente do panorama mundial.

Atualmente consideram-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como sendo a epidemia do mundo moderno. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), 63% das 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 estão relacionadas com DCNT (WHO, 2011). As DCNT além de serem responsáveis por grande parte da mortalidade, também são responsáveis por grande parte da morbidade, como uma grande carga social, sejam em forma de elevado custo de tratamento, limitações na qualidade de vida e na produção de trabalho ou em aposentadorias precoces. De acordo com Duncan (2013, p.530), “essas doenças estão atingindo as populações mais vulneráveis com maior força, acarretando um desafio aos sistemas de saúde e ao crescimento e desenvolvimento econômico e social das nações”.

De acordo com a Sociedade Brasileira da Cardiologia (2013), com referência aos dados da OMS nas últimas décadas, as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram responsáveis

por 30% das 50 milhões de mortes, ou seja, 17 milhões de pessoas. As doenças circulatórias no Brasil em 2007 foram responsáveis por quase 32% dos óbitos naquele ano (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Um conjunto de fatores de risco é responsável pela maior parte da mortalidade por DCNT, como tabagismo, sedentarismo, dietas inadequadas e consumo excessivo de álcool. De acordo com o guia de Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais do Ministério da Saúde, os principais fatores identificados para doenças cardiovasculares de acordo com Brasil, (2006) são: história familiar de Doença Arterial Crônica (DAC) prematura (familiar 1º. grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos); homem >45 anos e mulher >55 anos; tabagismo; hipercolesterolemia (LDL-c elevado); hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; obesidade (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>); gordura abdominal; sedentarismo; dieta pobre em frutas e vegetal e estresse psicossocial.

Dos fatores potencialmente modificáveis e controláveis, a HAS e DM são cruciais do ponto de vista de saúde pública.

Assim, as doenças cardiovasculares são um problema de saúde pública, e ocorrem devido, principalmente, a alguns comportamentos relacionados ao estilo de vida, dentre os quais destacam-se o sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares. Ressalta-se ainda que, fatores socioeconômicos influenciam na prevalência, diagnóstico e controle de problemas relacionados à obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemia que estão diretamente relacionadas ao aumento das doenças cardiovasculares.

É fato que este aumento da prevalência determina a necessidade de estratégias e planos de intervenção que contribuam por minimizar os riscos, pois as doenças cardiovasculares estão associadas a cardiopatias isquêmicas, insuficiência renal periférica, acidentes cérebro-vasculares que levam ao aumento da morbimortalidade.

Dentro da Atenção Básica a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem um papel relevante e de acordo com Brasil (2011, p. 1) é entendida como:

Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Portanto, a Atenção Primária, através da Estratégia Saúde da Família, ESF, tem muito a contribuir através de ações planejadas que contribuam para a redução dos fatores de risco



associados a doenças cardiovasculares. É fundamental reconhecer que a principal função da ESF é melhorar a saúde da população mediante a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 2. JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares são importantes causas de mortalidade em diversas regiões do mundo. A doença cardiovascular representa a maior causa de mortes no Brasil. Em 1930, a maior parte da mortalidade nas capitais brasileiras, cerca de 46%, correspondiam a doenças infecciosas. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já respondem, aproximadamente, por apenas 5% dessas mortes. As DCV, contudo, representavam somente 12% das mortes na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço de nossos óbitos (MALTA *et al.*, 2006).

Estima-se que o número de portadores de diabetes e de hipertensão é de 23 milhões. Aproximadamente 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% dos diagnósticos primários dos indivíduos submetidos à diálise. Além disso, as doenças circulatórias expressam um alto impacto na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Segundo Brasil (2013a; 2013b) o DM e a HAS são os principais responsáveis pela mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS).

A prevenção cardiovascular primária envolve abordar os fatores de risco existentes ou não em pessoas sem a doença cardiovascular, como: sedentarismo, níveis de pressão arterial e de colesterol, entre outros. E a prevenção secundária é a abordagem dos cuidados para evitar uma piora do quadro da doença. Portanto, o objetivo da prevenção secundária é reduzir o risco

de estágios mais avançados destas condições, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Logo, o tratamento da hipertensão, por exemplo, é prevenção e não terapêutico, já que não há enfermidade presente (KUEHLEIN, 2010). A prevenção primária deve ser pensada em todos os indivíduos e, principalmente, sob a forma de grupo ou comunidade. As intervenções que promovam alterações de comportamento são mais eficazes. A prevenção primária apresenta maiores impactos quando direcionada a grandes públicos (população em geral e/ou grupos saudáveis selecionados) (ALMEIDA, 2005).

Considerando os dados estatísticos referidos aos riscos de doenças cardiovasculares, pretende-se elaborar um plano de intervenção que possa diminuir os fatores de risco e conseqüentemente a diminuição de incidência de casos novos de hipertensão arterial, agravamento das patologias já existentes. Acredita-se que o resultado desse trabalho possa servir de suporte aos profissionais da ESF. O desconhecimento acerca do problema pode se tornar um obstáculo para o sucesso de ações desenvolvidas para contemplar grandes grupos. A conscientização da população para a importância da mudança de hábitos de vida e autocuidado poderá contribuir para a redução da morbimortalidade só será factível por meio da promoção da saúde.

Então, por se tratar de um problema importante e em ascensão, justificado pelas mudanças no nosso estilo de vida, e factível de trabalhar e conseguir resultados na atenção primária considera-se de relevância para ser abordado em um plano de intervenção terapêutica.

### **3. OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a diminuição dos fatores de risco cardiovasculares na população de referência da UBS-PSF Novo Horizonte.

### **4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Para realizar a proposta do projeto de intervenção, passamos por várias etapas durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. A primeira e principal foi realizar o diagnóstico situacional, para saber de onde partíamos e para conhecer a nossa realidade tanto regional como local. Para isso utilizamos dados obtidos através do IBGE, DATASUS, Banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e próprios dados recolhidos na UBS.

Para complementação teórica foi realizada uma busca através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o site de pesquisa Google Científico, publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde, diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, assim como do site Medicina Net.

A partir do diagnóstico situacional, discutiu-se na reunião de equipe e escolheu-se o tema a abordar para posteriormente elaborar a fundamentação teórica para a realização do projeto de intervenção.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

Antes de realizar uma intervenção preventiva eficaz é necessário determinar o grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo. Geralmente se classifica os indivíduos em três níveis de risco - baixo, moderado e alto - para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares, os quais incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006).

A classificação inicial baseia-se na anamnese e no exame clínico, quando existir maior risco avança-se para exames complementares. A classificação pode ser repetida a cada 3-5 anos ou sempre que eventos clínicos apontarem a necessidade de reavaliação (DUNCAN *et al.*, 2013).

Para todos os indivíduos deve-se identificar idade, sexo, etnia, história pessoal de tabagismo. Na história médica, é importante valorizar os eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio, *by-pass* coronariano, cateterismo, angina, acidente vascular cerebral isquêmico, acidente isquêmico transitório, doença vascular periférica. Pesquisar também dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença renal, fibrilação atrial e outras doenças cardíacas de base. Quanto à história familiar, é importante identificar os casos de diabetes tipo 2, dislipidemia (transtorno genético, como hipercolesterolemia familiar), além dos eventos precoces, como morte súbita, doença coronariana ou acidente vascular isquêmico em parentes de primeiro grau (pai ou irmãos < 55 anos e mãe ou irmãs < 65 anos). Quanto aos portadores de diabetes, investigar a data do diagnóstico, tipo do diabetes (tipo 1 ou tipo 2 – incluindo os usuários de insulina, diabetes gestacional), última dosagem de hemoglobina glicosilada (HbA1c), microalbuminúria e creatinina sérica. Além disso, avaliar história pessoal de doença renal e retinopatia diabética (NZGG, 2009). Ver Anexo 1 e Anexo 2.

Indivíduos jovens (homens com < de 45 anos e mulheres com < de 55 anos), sem manifestação de doença ou sintomas são considerados de baixo risco, mas deve ser fomentado a manter um estilo de vida saudável.

Homens > 45 anos e mulheres > 55 anos requerem exames laboratoriais para estimar mais precisamente o risco cardiovascular. Indivíduos mais jovens que já apresentam um ou mais fatores de risco devem passar para a avaliação clínico-laboratorial. Pacientes de alto risco também devem ser avaliados do ponto de vista laboratorial, embora já sejam candidatos a intervenções mais agressivas (BRASIL, 2006).

Entre os algoritmos existentes, o Escore de Risco de Framingham (ERF) é uma das opções para avaliação do risco. (LOTUFO, 2008) (Anexos 3 e 4).

**Tabela 7- Classificação de risco global, segundo Escore de Framingham.**

<b>Categoria</b>	<b>Evento cardiovascular maior (ECV)</b>
Baixo	<10%/ 10 anos
Médio	10 a 20%/ 10 anos
Alto	>20%/ 10 anos

**Fonte:** LATUFO (2008).

Entre as intervenções protetoras vasculares são de relevância hábitos alimentares saudáveis, abandono do tabagismo, realização de atividade física frequente, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias e do manejo da diabetes (**Quadro 3**) (BRASIL, 2006).

**Quadro 3 - Intervenções com classe de recomendação e nível de evidência**

<b>Orientação</b>	<b>Recomendação com classe e nível de evidência</b>
Atividade física 30 minutos, 7 dias por semana (mínimo 5 dias por semana ou 150 minutos por semana, divididos no maior número possível de dias)	Avaliar os riscos com uma história de atividade física e/ou um teste ergométrico. Encorajar 30 a 60 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada, como caminhada rápida, de preferência todos os dias da semana, completado por um incremento das atividades de vida diária (p. ex., intervalos de caminhada no local de trabalho, jardinagem, trabalho doméstico).

Controle de peso Índice de massa corporal: 18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup>	Avaliar o índice de massa corporal e/ou da circunferência da cintura em cada visita e incentivar a manutenção do peso por meio de um equilíbrio adequado de atividade física e ingestão calórica.
Circunferência da cintura (medida horizontal na crista ilíaca): homens < 101,6 cm, mulheres < 88,9 cm	Circunferência abdominal (linha do umbigo) = 88,9 cm nas mulheres e = 101,6 cm nos homens, iniciar mudanças de estilo de vida. O objetivo inicial da terapia da perda de peso deve ser a redução do peso corporal em cerca de 10% do valor basal. I (B)
Tabagismo Cessação completa. Nenhuma exposição à fumaça ambiental do tabaco	Pergunte sobre uso do tabaco a cada visita; aconselhe a parar o uso do tabaco; avalie e desenvolva um plano caso tenha vontade de parar de fumar. Organize o acompanhamento, o encaminhamento para programas especiais, ou a farmacoterapia (incluindo reposição de nicotina e bupropiona). Evitar a exposição à fumaça ambiental do tabaco no trabalho e em casa. I (B)
Alimentação Dieta rica em nutrientes de baixo risco cardiovascular	Dieta rica em frutas e legumes; escolher grãos integrais, alimentos ricos em fibras; consumir peixes, pelo menos duas vezes por semana, para limitar a ingestão de gordura saturada, colesterol, álcool, sódio e a�car, e evitar os ácidos graxos trans.

**Fonte:** Adaptada de Mosca (2011) e Smith (2006).

## 6. Proposta de intervenção

De acordo com dados internos da unidade cerca de 12% da população adulto-idosa da área padece de hipertensão arterial, desses 40% são de médio-alto risco e cerca de 4% dessa população sofrem de diabetes, sendo 35% usuários de insulina. As **Tabelas 8 e 9** mostram a distribuição de hipertensos e diabéticos na UBS-PSF Novo Horizonte.

***Tabela 8- Distribuição de Hipertensos da UBS-PSF Novo Horizonte***

<b>Hipertensão Adulta e Idosa</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Nº</b>
<b>Total de Hipertensos</b>	20% Pop. Adulta e Idosa.	306.100/2675: 11,43%
<b>Baixo Risco</b>	40% Hipertensos	188.100/306: 61,43%
<b>Médio Risco</b>	35% Hipertensos	104.100/306: 33,98%
<b>Alto e Muito Alto Risco</b>	25% Hipertensos	14.100/306: 4,57%

Fonte: UBS – ESF Novo Horizonte – Passos/MG (2015)

Ao analisar a distribuição dos hipertensos pertencentes a UBS – ESF Novo Horizonte observa-se que 38,55% destes estão com risco cardiovascular caracterizado como médio e/ou alto, determinando assim a necessidade de estabelecer estratégias que reduzam esse risco.

***Tabela 9- Distribuição de diabéticos da UBS-PSF Novo Horizonte***

<b>Diabéticos Adultos e Idosos</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Nº</b>
------------------------------------	------------------	-----------

<b>Total de diabéticos</b>	8% da Pop. Adulta e Idosa	103 (3,85%)
<b>Sem tratamento medicamentoso</b>	20% Diabéticos	07 (6,79%)
<b>Não usuários de insulina sem hipertensão</b>	30% Diabéticos	24 (23,30%)
<b>Não usuários de insulina com hipertensão</b>	35% Diabéticos	37 (35,92%)
<b>Usuários de insulina</b>	15% Diabéticos	35 (33,98%)

---

Fonte: UBS – ESF Novo Horizonte – Passos/MG (2015)

Acredita-se que esses dados estão subestimados já que de acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2011) a prevalência estimada de hipertensão no Brasil seria de 20% e de diabetes de 6%. Também de acordo com dados da VIGITEL (2011), a frequência de fumantes foi de 14,8%, a frequência do excesso de peso foi de 48,5%, sendo a de obesos de 16%, a frequência de inatividade física foi de 14,0%. Ainda não possuímos esses dados na nossa área.

Sabe-se que determinados estilos de vida, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, assim como fatores sócio-econômico-culturais influenciam na prevalência, diagnóstico e controle de obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemia que são fatores relacionados com aumento de doenças cardiovasculares (como cardiopatias isquêmicas, insuficiência arterial periférica, acidentes cérebro-vasculares, etc.) que levam um aumento da morbimortalidade com suas consequências para a sociedade (como a perda de pessoas ativas – óbito/incapacidade) (BRASIL, 2006).

Para tentar minimizar esses fatores de risco modificáveis necessita-se de políticas de saúde para um modelo assistencial de prevenção, com educação para a saúde em diferentes esferas (escola, trabalho, atenção primária, etc.) assim como acesso fácil ao diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças. Também reabilitação e apoio aos pacientes que sofrem doenças cardiovasculares.

Considera-se como nó crítico fundamental os hábitos e estilos de vida, principalmente os maus hábitos alimentares (dieta rica em carboidratos, sal e gordura e baixa em frutas e verduras) e a inatividade física. Em segundo lugar a falta de educação sanitária (acesso a informação e educação) e responsabilizar-se pela própria saúde (pegar e tomar medicação, controlar pressão e glicemias, fazer exame de rotina, seguir pauta nutricional para hipertenso/diabético etc.). Trabalho com equipe multiprofissional (nutricionista, terapeuta



ocupacional, fisioterapeuta, médico, enfermeiro, auxiliar enfermagem, ACS, etc.) para identificar pacientes com fatores de risco para agir mais energicamente sobre eles para tentar modificá-los, tratá-los e segui-los.

O quadro abaixo apresenta o plano de ação é composto de operações estruturadas para enfrentar ou os “nós críticos” do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano (**Quadro 4**) (CAMPOS; FARIA; SANTOS,2010).

**Quadro 4 - Desenho das operações**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Maus hábitos alimentares e sedentarismo	Por uma vida saudável	Diminuir 15% dos obesos e 20% das pessoas sedentárias (principalmente no grupo de hipertensos e diabéticos) e melhorar ingestão de frutas e verduras.	Campanha alimente-se bem e Ser saudável não é caro. Programa Atividade física no bairro. Grupos de nutrição saudável	Organizacional: para organizar grupos de nutrição e realizar atividades físicas (caminhadas, alongamentos etc.) no bairro. Cognitivo: informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e mobilização social. Político: conseguir espaço em setores de informação (rádio, jornal, etc.) para divulgação da campanha e mobilização social. Financeiro: recursos para apoio audiovisual, folhetos informativos, para alimentos para exemplificar culinária saudável nos grupos.
Falta de conscientização e responsabilização sobre a própria doença	Sou hipertenso/ Sou diabético	80% dos diabéticos/ hipertensos tenham conhecimentos básicos da sua patologia, do seu tratamento e do seguimento.	Grupo educacional de Hipertensão contemplando horário para trabalhadores Campanha educacional sobre diabéticos e hipertensos. Formação de ACS	Organizacional: para organizar os grupos e a agenda em horários que possibilite a participação de todos. Cognitivo: informação sobre o tema e de como transmitir as informações. Político: divulgação sobre diabetes e hipertensão e seus cuidados em meios de informação local. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos.
Falta de identificação e atendimento adequado ao paciente com RCV	Cuidar melhor	Identificar os pacientes com RCV médio-alto. Acesso a exames, consultas e medicamentos	- Implantação a linha de cuidado para risco cardiovascular - Capacitação de ACS, enfermeiro, médico, técnico enfermagem - Comprar exames - Comprar remédios - Facilitar consultas especializadas	Organizacional: organizar agenda para atender pacientes com RCV. Cognitivo: elaboração de protocolo de linha de cuidado para RCV. Político: participação da coordenação da saúde da família para implantar linha de cuidado. Financeiro: recursos para exames, remédios, especialistas.

Fonte: Dados do estudo

Os projetos a serem desenvolvidos dentro da intervenção têm como objetivo principal conscientizar e reduzir o risco cardiovascular dos hipertensos, diabéticos e também prevenir o estabelecimento destes fatores na população coberta pela ESF Novo Horizonte – Passos/MG, contribuindo assim para uma redução da morbimortalidade.

O Projeto “Por uma Vida Saudável” vem de encontro a um dos principais problemas de saúde pública atual que é a obesidade, que tem como fatores desencadeantes principais o sedentarismo e alimentação desbalanceada rica em gorduras saturadas que estão relacionadas diretamente com a elevação do mau colesterol (LDL e VLDL) principais responsáveis pela formação das placas de gorduras nas artérias (ateromas) (BRASIL, 2013).

Como colocado anteriormente, a região de cobertura da ESF Novo Horizonte – Passos/MG, possui inúmeros espaços para a prática da atividade física, dentre as quais destacam-se praças, contribuindo assim para a realização de caminhadas, corridas e ginástica ao ar livre. Tal projeto será desenvolvido em parceria com o NASF, onde o educador físico terá um papel de grande relevância na implantação e no desenvolvimento deste projeto.

O projeto relacionado à conscientização, ora denominado aqui “Sou Hipertenso, Sou Diabético” vai de encontro à importância da informação, pois os pacientes devem ser conscientizados sobre o impacto da doença e principalmente, reconhecer a importância do acompanhamento da terapia medicamentosa e da prevenção em relação aos fatores que associados aumentam o risco cardiovascular, principalmente o sedentarismo e a alimentação desbalanceada (BRASIL, 2013).

Outro projeto que merece destaque é o “Cuidar Melhor”, onde serão rastreados aqueles pacientes com risco cardiovascular elevado, buscando um diagnóstico mais profundo acerca do quadro atual da doença e acompanhamento próximo para que haja a possibilidade de redução deste risco contribuindo para uma melhor qualidade de vida do paciente.

Ressalta-se que, tais projetos são fundamentais para a redução do risco cardiovascular, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de todos, sendo estes hipertensos/diabéticos ou não, pois a Atenção Básica, desenvolvida através das ESF, tem como foco principal a prevenção, levando informação e ações que ao serem desenvolvidas contribuem para que as pessoas tornem-se mais conscientes sobre a importância da manutenção do quadro de saúde, através de bons hábitos alimentares e atividade física regular.

Portanto, as ações estratégicas construídas vão contribuir para que a população seja conscientizada sobre a importância de manutenção de níveis adequados de gordura corporal bem como a atividade física regular como mecanismo de prevenção e tratamento de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis.

Foram identificados os recursos críticos necessários a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis (**Quadro 5**) (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

#### ***Quadro 5- Identificação de recursos críticos para desenvolver ações de intervenção***

<b>Projeto</b>	<b>Discriminação</b>
<b>Por uma vida saudável</b>	<b>Político:</b> espaço em meios de comunicação local. <b>Financeiro:</b> recursos para audiovisual e folhetos informativos e para alimentos para culinária saudável.
<b>Sou hipertenso / Sou diabético</b>	<b>Político:</b> divulgação em meios de comunicação local. <b>Financeiro:</b> recursos para audiovisual e folhetos informativos
<b>Cuidar melhor</b>	<b>Político:</b> participação da coordenação da saúde da família para implantar linha de cuidado. <b>Financeiro:</b> recursos para exames, remédios, especialistas.

**Fonte:** Dados do estudo

A construção das ações estratégicas foi voltada principalmente para o estabelecimento de projetos viáveis, principalmente financeiramente, sendo que este é um dos principais empecilhos para a implantação.

Do ponto de vista político e financeiro os projetos “Por uma vida Saudável” e “Sou Hipertenso, Sou Diabético” devido ao custo terão uma maior facilidade de implantação, sendo que, o projeto “Cuidar Melhor”, devido aos custos com exames, remédios e especialistas demandará um maior apoio dos gestores para que consiga ser introduzido de forma adequada, pois os recursos devem estar devidamente dentro do orçamento do município.

Para Campos; Faria e Santos (2010) para analisar a viabilidade do plano é muito importante avaliar a motivação, o envolvimento ou não de quem coordena os recursos críticos necessários para realização dos projetos e solução do problema. Para aqueles atores que estão com motivação baixa ou sem motivação para levar em frente o projeto é necessário utilizar algumas ações estratégicas para elevar o índice de motivação (**Quadro 6**).

*Quadro 6- Análise e viabilidade do plano de ação*

<b>Projeto</b>	<b>Recurso crítico</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Operação estratégica</b>
<b>Por uma vida saudável</b>	Espaço em meios de comunicação	Setor de comunicação	Indiferente	Apresentar projeto
	Recursos financeiros para material audiovisual e folhetos	Secretário de saúde	Indiferente	Apresentar projeto
<b>Sou hipertenso/diabético</b>	Meios de comunicação	Setor de comunicação	Indiferente	Apresentar projeto
	Recurso financeiro para audiovisual e folhetos	Secretário Municipal de saúde	Indiferente	Apresentar projeto
<b>Cuidar melhor</b>	Implantar linha de cuidado de RCV	Coordenadora ABS médica Secretário Municipal de Saúde	Favorável Favorável	
	Mais recursos para exames, remédios e especialistas.	Secretário Municipal de Saúde Prefeito	Indiferente	Apresentar projeto
			Indiferente	

**Fonte:** Dados do estudo

A viabilidade está diretamente relacionada a questões políticas e financeiras e neste sentido, os projetos bem elaborados são fundamentais como mecanismo de demonstrar aos gestores públicos a importância e relevâncias destes dentro da saúde pública.

Os projetos propostos no presente estudo têm como foco principal a redução do risco cardiovascular através da implantação de um programa de atividade física e alimentação adequada, orientação para grupos de hipertensos e diabéticos buscando conscientizá-los sobre a importância de acompanhamento e do tratamento e do rastreamento e encaminhamento mais aprofundado daqueles com alto risco cardiovascular. Ressalta-se aqui que, a partir da atividade física regular e alimentação balanceada ocorrem adaptações fisiológicas que contribuem para a melhoria do quadro hipertensivo e diabético, possibilitando em muitos casos a redução da medicação e do risco de morbimortalidade (BRASIL, 2013).

Assim, a viabilidade está associada à compreensão da importância destas ações na conscientização da população acerca da necessidade da adoção de hábitos de vida saudáveis como ferramenta para manutenção do quadro de saúde. Cabe aos gestores na atualidade buscar compreender a saúde não apenas a partir da lógica do tratamento e sim da prevenção, onde o comportamento ambiental está diretamente relacionado à sua qualidade de vida.

Segundo Campos; Faria; Santos (2010) o plano operativo tem a finalidade de designar as pessoas responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações. O plano de ação adotado nesse trabalho está descrito no **Quadro 7** a seguir.

Quadro 7- Plano de Ação

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Operações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Por uma vida saudável</b>	Diminuir 15% dos obesos e 20% das pessoas sedentárias (principalmente no grupo de hipertensos e diabéticos) e melhorar ingestão de frutas e verduras.	Campanha alimente-se bem e Ser saudável não é caro. Programa Atividade física no bairro. Grupos de nutrição saudável	Apresentar projeto	Maysa Lemos, Grazziani, Roberto, Rosana.	Para apresentar projeto: 3 meses e 6 meses para inicio atividades  3 meses para inicio de atividades.
<b>Sou hipertenso/ Sou diabético</b>	80% dos diabéticos/ hipertensos tenham conhecimentos básicos da sua patologia, do seu tratamento e do seguimento.	Grupo educacional de Hiperdia contemplando horário para trabalhadores Campanha educacional sobre diabéticos e hipertensos. Formação de ACS	Apresentar projeto	Maysa Lemos, Grazziani, Rita.	3 meses para inicio de atividades  6 meses para apresentar projeto e 9 meses para iniciar atividades  2 meses para inicio e 2 meses de duração.
<b>Cuidar melhor</b>	Identificar pacientes com RCV médio-alto. Acesso a exames, consultas e medicamentos	-Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular -Capacitação de ACS, enfermeiro, médico, técnico enfermagem -Realizar exames -Disponibilizar Medicamentos Consultas especializadas	Apresentar projeto	Maysa Lemos, coordenadora médica de ABS, coordenadora ABS, Graziani	6 meses para inicio. 3 meses para inicio e finalizar depois de 3 meses.  Apresentar projeto 03 meses para início Manutenção

O Plano operativo tem como função principal permitir a gestão da implantação, acompanhamento e avaliação, permitindo assim aos gestores fomentar, implantar, acompanhar, avaliar, decidir e orientar (reorientar) as ações dos projetos quando necessário for.

Neste sentido, ao observar o Plano Operativo, constata-se que o projeto será apresentado e terá em média três meses e a implantação varia de 3 a 6 meses. Como colocado anteriormente, o projeto e sua apresentação são fundamentais no sentido de motivar os gestores fazendo-os perceber a importância destas ações para a melhoria da saúde da população coberta pela ESF. A partir da implantação o projeto será avaliado sistematicamente e paralelamente ao desenvolvimento das ações propostas, permitindo que os responsáveis tenham dados para aprimorar e reconstruir as ações de acordo com os resultados encontrados.

Portanto, o plano operativo é fundamental para orientar as atividades, permitindo um nível organizacional adequado para a coordenação e gestão de todo o processo que envolve o projeto proposto.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Doenças Crônicas Degenerativas Não Transmissíveis (DCDNT) são uma das principais causas de morte no Brasil e no Mundo, sendo responsáveis por 30% dos óbitos. As principais DCDNT são a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, que por muitas das vezes vem associados a comportamentos inadequados, como o tabagismo, sedentarismo e a alimentação desbalanceada que levam ao sobrepeso/obesidade, elevando assim o risco cardiovascular.

Dentro do presente estudo, buscou-se uma análise sobre os principais problemas de saúde da área da cobertura da UBS-ESF Novo Horizonte, situada no Município de Passos/MG, onde constatou-se um grande número de pacientes hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular médio e elevado. A partir de tal constatação, iniciou-se um processo de discussão com toda equipe para elaboração de um plano de intervenção que tivesse como objetivo principal enfrentar este nó crítico.

O projeto de intervenção proposto visa três correntes específicas de combate as DCDNT e dos comportamentos associados a esta, que são respectivamente combate ao sedentarismo e alimentação desbalanceada; conscientização acerca da doença e seus riscos e tratamento mais aprofundado daqueles casos com elevado risco.

Espera-se com este projeto de intervenção mobilizar não apenas a população, mas principalmente toda a equipe para o trabalho constante para minimizar os riscos cardiovasculares através de estilos de vida mais saudáveis e melhor controle de doenças como a HSA e DM. E com essas mudanças afincadas conseguir num futuro um impacto maior nas doenças cardiovasculares, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil devido a sua alta morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Rev Port Saúde Pública**. 2005; 23(1): 91-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: MS; 2006

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Informação em saúde: mortalidade, 2009**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/indice.htm>>. Acesso em: 30 abril, 14.

CAMPOS, F. C. C. D.; FARIA, H. P. D.; SANTOS, M. A. D. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010

DUNCAN B.B. et al (org.). **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primaria Baseadas em Evidencias**. 4º ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

UBS-PSF Novo Horizonte. **Mapeamento do território da USF**. Passos. 2015.

INSTITUTO Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Índice de desenvolvimento da educação básica**, 15 abril 2014. Disponível em: <Homepage do IDEB, em consulta por município de Passos. Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado.seam?cid=17412022> . Acesso em 20 de Outubro de 2014.

KUEHLEIN T. et al .Quaternary prevention: a task of the general practitioner. **Primary Care**. 2010;10 (18):350-4.

LOTUFO PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med**. 2008; 87(4):232-7.

MALTA D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2006; 15(1): 47 – 65.

MAGALHÃES, Ana Gabriela. **Lixo, Vetores e Doenças**. 2015. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lains/Folheto4.pdf>. Acesso em 20 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos - Brasil - 2012, 2012**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em: 06 março 2014.

MOSCA L. et al. Guidelines for the prevention of CVD in women: 2011. **J Am Coll Cardiol**. 2011; 57(12):1404-23.

NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP. New Zealand cardiovascular guidelines handbook: a summary resource for primary care practitioners. 2nd ed. Wellington; 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS/MG. **Histórico**. 2015. Disponível em: <http://www.passos.mg.gov.br/>. Acesso em 20 de Fevereiro de 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSOS/MG. **Sistema de Locais de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.passos.mg.gov.br/>. Acesso em 20 de Fevereiro de 2015.

SANTOS R.D. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular**. Arq Bras Cardiol. 2013; 100 (1Supl.3):1-40.

SCHMIDT, M.I. et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. Lancet; 377: 1949-61, 2011.

SMITH SC Jr. et al. **AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute**. Circulation. 2006; 113(19): 2363-72.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretriz Brasileira de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, p. 7-10, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p 1-63, 2013.

VIGITEL Brasil 2011: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable diseases 2010 (internet). Geneve: **WHO**, **2011**. Disponível em [http://www.who.int/chp/ncd\\_global\\_status\\_report/en/](http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/). Acesso em 15 de Maio de 2014.

**ANEXO 1 - CRITÉRIOS INDICATIVOS DE ALTO RCV E INDICAÇÃO DE MEDIDA PREVENTIVA SECUNDÁRIA:**

1-Doença arteriosclerótica clínica: síndrome coronariana aguda, angina de peito, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica, revascularização miocárdica prévia, endarterectomia prévia.

2- Dislipidemia grave (colesterol total > 320mg/dl, colesterol LDL >240 mg/dl ou relação colesterol total/HDL>8) ou dislipidemia familiar.

3- Doença aneurismática de aorta.

4- Insuficiência cardíaca congestiva (exceto com etiologia não coronariana estabelecida).

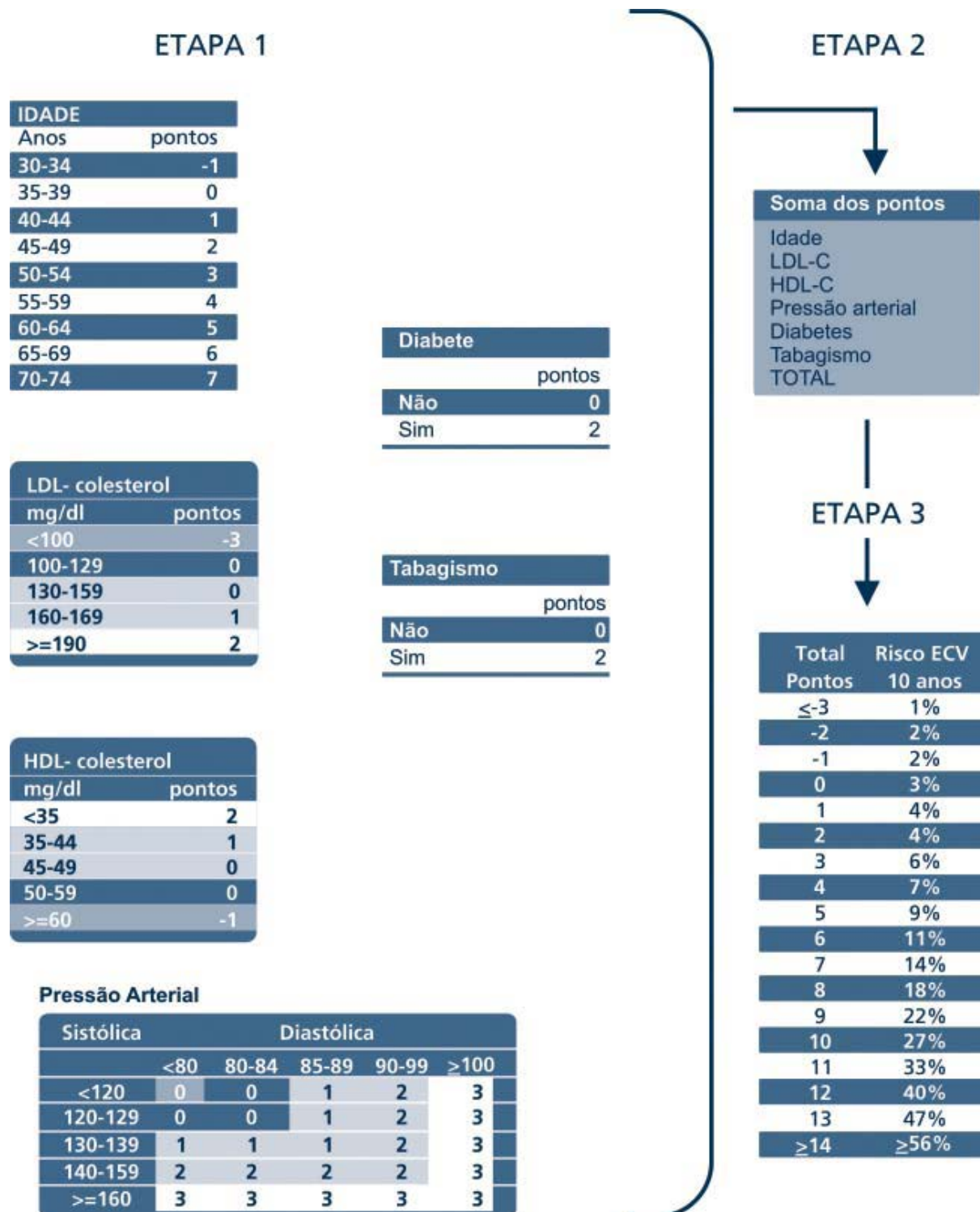
5- Insuficiência Renal Crônica (DCE< 60 ml/min).

6- Diabéticos acima de 40 anos e/ou com nefropatia ou retinopatia.

## **ANEXO 2 - INDICADORES DE RISCO INDETERMINADO E NECESSIDADE DE EXAMES LABORATORIAIS**

- 1- Idade  $>$  ou  $=$  a 40 anos
- 2- Mais cedo na presença de:
  - Hipertensão ou história de preeclampsia
  - Diagnóstico prévio de DM, tolerância a glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional
  - Obesidade ( $IMC >$  ou  $= 30Kg/m^2$ ) ou obesidade central
  - Diagnóstico prévio de síndrome de ovário policístico.
  - História Familiar de infarto agudo de miocárdio, morte súbita, ou AVC em familiares de 1º grau ocorridos antes de 50 anos.
  - História de dislipidemia familiar
  - Tabagismo.

## ANEXO 3. ESCORE DE FRAMINGHAM REVISADO PARA HOMENS





## ANEXO 4. ESCORE DE FRAMINGHAM REVISADO PARA MULHERES

