

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANISLEY RODRIGUEZ BENITEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FATIMA1
NO MUNICÍPIO DE SABARÁ, MINAS GERAIS**

SABARÁ- MINAS GERAIS

2018

ANISLEY RODRIGUEZ BENITEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FATIMA1
NO MUNICÍPIO DE SABARÁ, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização Gestão do cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do
Certificado de Especialista

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva

SABARÁ - MINAS GERAIS

2018

ANISLEY RODRIGUEZ BENITEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS
ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FATIMA1
NO MUNICÍPIO DE SABARÁ, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva -UFSJ

Profª Drª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Aprovado em 08 de setembro de 2018.

RESUMO

As doenças cardiovasculares configuram-se em um conjunto de problemas que atingem o coração e os vasos sanguíneos e estão associadas ao colesterol alto, diabetes, pressão arterial descontrolada e hábitos de vida inadequados. Atualmente 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas de doenças cardiovasculares em todo o mundo. Por esta razão surgiu o interesse em realizar este trabalho, cujo objetivo foi elaborar um projeto de intervenção educativa para prevenção e controle das doenças cardiovasculares em usuários atendidos na Estratégia de Saúde da Família Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais. Para tanto, trata-se de um trabalho do tipo de intervenção educativa com os usuários que apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2, cardiopatas, pacientes com histórico de AVC, com uso nocivo do álcool, tabagistas, sedentários, pacientes sobrepeso e obesos. Propõe-se a realização de rodas de conversas, com espaço aberto para debate entre os profissionais de saúde e os usuários, diante dos temas discutidos. Pretende-se alcançar o maior número de usuários e incentivá-los a participar e dar continuidade nos grupos educativos na ESF Fátima 1. Todos os profissionais da equipe estarão envolvidos, sendo que os grupos deverão acontecer mediante um cronograma a ser seguido com temáticas específicas para as doenças cardiovasculares. Espera-se que a intervenção educativa possa minimizar as complicações decorrentes, bem como prevenir o surgimento das doenças cardiovasculares.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are a set of problems that affect the heart and blood vessels and are associated with high cholesterol, diabetes, uncontrolled blood pressure and inadequate lifestyle habits. Currently 17.5 million people die every year from cardiovascular disease worldwide. For this reason, interest in this work was developed, whose objective was to elaborate a project of educational intervention for the prevention and control of cardiovascular diseases in users attending the Family Health Strategy Fatima 1, in the city of Sabará, Minas Gerais. Therefore, it is a work of the type of educational intervention with the users that present Systemic Arterial Hypertension, type 1 and type 2 Diabetes Mellitus, cardiopathic, patients with a history of stroke, harmful use of alcohol, smokers, sedentary patients overweight and obese. It is proposed to carry out conversational wheels, with open space for debate between health professionals and users, in view of the topics discussed. It is intended to reach the largest number of users and encourage them to participate and continue in the educational groups at ESF Fátima 1. All the professionals of the team will be involved, and the groups should happen through a schedule to be followed with specific themes for cardiovascular diseases. It is hoped that the educational intervention can minimize the complications arising from it, as well as prevent the onset of cardiovascular diseases.

Keywords: Primary Health Care; Health Education; Cardiovascular Diseases.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Fatores de risco das DCV da ESF Fátima 1, Sabará, Minas Gerais.....	6
QUADRO 2 – Prioridade para os problemas identificados ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.....	7
QUADRO 3 – Operações sobre o nó crítico relacionado ao Aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular da ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.....	17
QUADRO 4 – Descrição das operações do plano de ação da ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais	20
QUADRO 5 - Plano Operativo da ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BH	Belo Horizonte
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCV	Risco cardiovascular
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Informações sobre o Município.....	2
1.2 Sistema local de saúde.....	3
1.3 Estrutura e funcionamento da Estratégia de Saúde da Família Fátima 1.....	4
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	5
1.5 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	7
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo geral.....	10
3.2 Objetivos específicos.....	10
4 METODOLOGIA	11
5. REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1 Doenças Cardiovasculares: Definição.....	13
5.2 Epidemiologia.....	13
5.3 Fatores de risco.....	13
5.4 Doenças Cardiovasculares: Atenção Primária à saúde e educação em saúde.....	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	15
6.1 Identificação dos problemas.....	15
6.2 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	15
6,3 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	16
6.4 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	16
6.5 Desenho das operações para os “nós” críticos do problema (sexto passo).....	17
6.6 Operação/Projeto.....	20
6.7 Análise de viabilidade do plano.....	20
6.8 Elaboração do plano operativo.....	21

6.9 Gestão do plano.....	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) configuram-se em um conjunto de problemas que atingem o coração e os vasos sanguíneos que provocam complicações graves como o infarto, insuficiência cardíaca, arritmias, acidente vascular encefálico, dentre outros danos à circulação sanguínea (MUNIZ et al., 2012; OPAS/OMS, 2016). O risco de desenvolver essas doenças comumente está associado a pessoas com colesterol alto, diabetes, pressão arterial alta, hábitos de vida inadequados como alimentação desbalanceada, sedentarismo, obesidade e até mesmo níveis elevados do estresse (OPAS/OMS, 2016).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCV são a principal causa de morte no mundo. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram em decorrência das mesmas no ano de 2012, sendo que mais de três quartos das mortes ocorreram em países de baixa e média renda. Esses números aumentam a cada ano devido às transições demográficas e mudanças no estilo de vida da população (OPAS/OMS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde tem respondido, atribuindo uma prioridade mais alta para a prevenção, controle e vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis em seu programa de trabalho (OPAS/OMS, 2016).

No Brasil as DCV foram a principal causa de morte no país desde o ano de 1970. Os atuais perfis dos fatores de risco incluem moderada prevalência de hipercolesterolêmica, hipertensão e diabetes, bem como manteve altas taxas de tabagismo (THOM et al., 2006).

A maior parte das DCV como a angina de peito, infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (AVC), cardiopatia hipertensiva, arritmia cardíaca e trombose venosa, podem ser prevenidas por meio da abordagem educativa sobre os riscos que o tabaco, álcool, dietas não saudáveis, obesidade e sedentarismo oferecem para o surgimento das doenças cardiovasculares (OPAS/OMS, 2016). Para as pessoas com doenças cardiovasculares ou com alto risco cardiovascular é fundamental o diagnóstico e tratamento precoce. A prevenção realizada ao nível dos cuidados de saúde primários, apoiado por programas para toda a população, é o método mais eficaz (NISSINEN; BERRIOS; PUSKA, 2001).

A proposta desse trabalho originou-se mediante os serviços de saúde realizados na Estratégia de Saúde da Família Fátima 1 no município de Sabará, Minas Gerais, onde há um grande número de usuários que apresentam algum tipo de DCV ou estão sob o risco de desenvolver a doença por apresentarem fatores de risco como a hipertensão, diabetes, colesterol LDL e triglicérides elevados, tabagismo e hábitos alimentares inadequados.

1.1 Informações sobre o município

Sabará é um município do estado Minas Gerais. A palavra significa forma abreviada do termo tupi *tesáberabusu*, que significa "grandes olhos brilhantes" (*tesá*, olho + *berab*, brilhante + *usu*, grande), numa referência às pepitas de ouro que foram encontradas na região. O nome também está relacionado as particularidades geográficas da junção de um rio menor com um rio maior, como ocorre no sítio em que a cidade foi criada, onde o ribeirão Sabará deságua no rio das Velhas (PREFEITURA SABARÁ, 2016).

Sabará, pertence a região metropolitana de Belo Horizonte, está a 633 km ao sul da capital do país e a 18 km de distância da capital do estado. Localiza-se às margens do Rio das Velhas e faz limites ao Norte com Taquaraçu de Minas, a Leste com Caeté, ao Sul Raposos e Nova Lima e a Oeste Santa Luzia e Belo Horizonte (PREFEITURA SABARÁ, 2016). Possui 126.195 habitantes que estão distribuídos em uma área de 304 km², 3.177 habitantes moram em área rural, com uma concentração habitacional de 417,7hab./km (IBGE 2016).

Atualmente a economia de Sabará baseia-se na indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro, tendo a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira com instalações na cidade. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas ao município. Tem o produto interno bruto (PIB) R\$ 1076253, 259 (IBGE, 2016).

A população empregada vive basicamente da prestação de serviços e da economia informal e a maior parte das pessoas trabalha em Belo Horizonte. É alto o número de desempregados e subempregados (PREFEITURA SABARÁ, 2016).

A causa de mortalidade mais frequente são as DCV, seguidas do câncer (PREFEITURA SABARÁ, 2016).

A estrutura de saneamento básico na comunidade não está completa (97%), principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em região suburbana, em moradias de condições médias. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, telefonia, luz elétrica (IBGE, 2016).

O analfabetismo não é elevado e um número considerável de crianças menores de 14 anos estão nas escolas (IBGE, 2016). Na comunidade tem uma escola, uma creche, mais duas igrejas (uma católica e uma evangélica).

Nossa Senhora de Fátima, uma das áreas mais carentes do município é uma comunidade de mais de 6.500 habitantes e fica na periferia de Sabará aproximadamente 9km do centro. Existe muito tráfico de drogas com todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas.

1.2 Sistema local de saúde

Em Sabará a Atenção Primária à Saúde é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade é realizado nos hospitais (PREFEITURA SABARÁ, 2016).

O município possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e dois hospitais, Santa Casa e Cristiano Machado que realizam atendimento hospitalar especializado, exceto o obstétrico que são encaminhados para Belo Horizonte, Minas Gerais. A atenção especializada é realizada em grande parte no Centro de Especialidades Médicas e alguns casos encaminhados a Belo Horizonte (PREFEITURA SABARÁ, 2016).

Há aproximadamente oito anos que o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 21 unidades na zona urbana e 2 na zona rural, cobrindo aproximadamente 70% da população (PREFEITURA DE SABARA, 2016).

1.3 Estrutura e funcionamento da Estratégia de Saúde da Família Fátima 1

A ESF Fátima 1, foi criada há 14 anos. Localiza-se em uma colina dificultando o acesso de usuários com deficiência física. A população da área adstrita é de 4.340 usuários, com 622 famílias, a população maior de 15 anos é de 3.747 habitantes, sendo que 351 são hipertensos e 112 já possui cardiopatia isquêmica.

Na ESF Fátima há um especialista em medicina familiar, um pediatra, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um técnico em farmácia, um psicólogo, um fisioterapeuta, um nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e um trabalhador da limpeza.

O acolhimento diário é de mais de 30 pessoas. A área destinada a recepção é pequena, razão pela qual nos horários em que há maior número de usuários, geralmente no período da manhã, há tumulto na unidade. Isto dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação dos usuários e profissionais de saúde. Falta espaço e cadeiras, desta forma muitos usuários precisam aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões e para essa finalidade, a equipe utiliza o espaço da cozinha.

A ESF está distribuída em uma sala de recepção, dois banheiros para os trabalhadores e dois para os usuários, uma sala de vacinas, uma de enfermagem, uma sala de acolhimento, uma para o pediatra e outra para o médico geral. Na ESF, é possível receber atendimentos básicos em Pediatria, Clínica Geral e Enfermagem. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

O tempo está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (95%) e a alguns programas como pré-natal, puericultura, preventivo de câncer de mama e colo de útero, atendimento individual a hipertensos e diabéticos, acompanhamento e visita domiciliar.

A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, grupo de hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes, idosos, grupos de caminhada, que se mostraram pouco viáveis devido a baixa adesão dos usuários e pela falta de tempo da equipe de saúde devido a alta demanda de atendimento.

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

Em 2016, segundo o registro de falecimentos da ES FFátima 1, grandes causas das mortes estavam relacionadas as DCV, maior que o ano anterior (2015). O número de usuários que precisaram de uso de medicamentos para o controle da pressão arterial também aumentou.

Em reunião de equipe, com a participação de lideranças formais como o presidente da Associação Comunitária, o presidente de ONGs da localidade, o pastor da igreja, o diretor da escola e lideranças não formais como treinador do time de futebol e treinador de dança, elencamos um conjunto de problemas existentes na área de abrangência por meio do método de estimativa rápida. Estes problemas foram priorizados usando uma escala de valores numéricos atendendo a sua gravidade, magnitude, resolutividade e capacidade de confronto.

Os principais problemas encontrados em nossa comunidade foram:

1. Aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular e seus fatores de risco;
2. Alto índice de adolescentes em consumo e tráfico de drogas ilícitas;
3. Alto número de usuários em uso contínuo e interrompido de benzodiazepínicos;
4. Aumento do número de desempregados.

Os problemas acima elencados foram classificados como pontos críticos no processo de trabalho da equipe necessitando de intervenção. Um problema que foge a governabilidade do equipe é o tráfico de drogas ilícitas.

Em seguida, a equipe realizou uma descrição do problema priorizado, as DCV, para conhecer a sua representação na comunidade.

Na ESF Fátima 1, as DCV mais frequentes são: angina de peito, Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença cardíaca hipertensiva, doenças arteriais periféricas e trombozes venosas. Contudo, detectou-se a necessidade de realizar ações de saúde de prevenção e controle das complicações destas doenças. Isto porque, essas são responsáveis por um enorme encargo econômico e social, devido a comorbidades e complicações crônicas que podem afetar a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas.

Posteriormente foi possível dimensionar o número de usuários com hipertensão arterial que corresponde a 351 usuários cadastrados. Também conseguiu-se levantar outros estados da saúde que aumentam os riscos das doenças cardiovasculares (RDCV) como hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, e o número de internações por doenças cardiovasculares e mortes pela mesma causa. Todos esses dados foram retirados dos prontuários, apresentados no Quadro1.

Quadro1 - Fatores de risco das DCV da ESF Fátima 1, Sabará, Minas Gerais.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	425	Estudos
Hipertensos confirmados	351	Equipe de saúde
Hipertensos acompanhados	351	Equipe de saúde
Hipertensos controlados	351	Equipe de saúde
Diabéticos esperados	148	Estudos
Diabéticos confirmados	87	Equipe de saúde
Diabéticos acompanhados	87	Equipe de saúde
Diabéticos controlados	87	Equipe de saúde
Pacientes com dislipidemias	503	Equipe de saúde
Tabagistas	561	Equipe de saúde
Sedentários	1.674	Equipe de saúde
Internações por causas cardiovasculares em 2016.	115	Equipe de saúde
Óbitos por causas cardiovasculares	18	Equipe de saúde

Fonte: Prontuários da ESF Fátima 1, Sabará, Minas Gerais.

Desta forma, a equipe observou alta incidência e prevalência das doenças cardiovasculares (angina de peito, cardiopatia hipertensiva, AVC, doença arterial periférica e trombose venosa) na população adstrita. Ressalta-se que as políticas sociais, culturais, e o sistema econômico de um país são determinantes na estrutura do modelo assistencial de saúde da população.

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

Identificados os problemas, foi priorizado um deles, considerando a sua importância, urgência e a capacidade para enfrentamento (Quadro 2).

Quadro 2 – Prioridade para os problemas identificados ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.

Principais Problemas	Prioridade	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular.	Alta	7	Parcial	1
Aumento do número de adolescentes em consumo e tráfico de substâncias químicas proibidas.	Alta	6	Parcial	2
Alto número de pacientes em uso contínuo e ininterrupto de benzodiazepínicos.	Meia	2	Parcial	5
Aumento do número de desempregados.	Meia	3	Fora	4

Fonte: Autoria própria, 2018

A partir da priorização foi selecionado o problema Aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular para elaborarmos as estratégias de intervenção.

2. JUSTIFICATIVA

Atualmente 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas de DCV como ataques cardíacos e derrames. De acordo com a OMS, grande parte dessas vítimas tinha comportamentos considerados não saudáveis, como vida sedentária, tabagismo, consumo de alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras. Além disso, ainda de acordo com a OMS, muitas dessas vidas poderiam ser salvas por meio de melhorias no acesso à saúde, sobretudo no que diz respeito ao controle da pressão arterial, diabetes e do colesterol e de outras condições que aumentam o risco de doenças cardiovasculares (OPAS/OMS, 2016).

Analisando a realidade dos usuários da ESF Fátima 1 com auxílio do diagnóstico situacional de saúde, pode-se verificar a urgência em reformular o trabalho de prevenção e controle das DCV. Isto porque, é alto o número de usuários com fatores de risco, além daqueles que já possuem algum tipo de complicação (doença periférica, trombose venosa, doença cardíaca hipertensiva, doenças arteriais periféricas), sendo estas uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e também na área adstrita da ESF Fátima 1.

Na área de atenção da ESF Fátima 1, 18% dos pacientes cadastrados são hipertensos, 2% tem Diabetes Mellitus, 11,5% apresentam dislipidemias e 38,5% são sedentários. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção pra Doenças Crônicas por Inquerito Telefônico (MALTA et al., 2015) a prevalência estimada de hipertensão no Brasil seria de 20% e de diabetes 6%. Sabe-se que determinados estilos de vida, como o sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, assim como fatores socio-econômico-culturais influenciam na prevalência, diagnóstico e controle de obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemia. Todos estes fatores estão relacionados com aumento de doenças cardiovasculares (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, seguimento das doenças, reabilitação e apoio aos pacientes que sofrem doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006).

Desta maneira, realizar uma intervenção educativa para prevenção e controle das DCV mostra-se relevante para a implementação de ações específicas que tenha

como foco minimizar complicações decorrentes das mesmas, como também prevenir o surgimento de outras doenças. Essas intervenções devem ser conduzidas de modo a permitir que os usuários discutam e compreendam assuntos referentes à sua condição crônica de saúde e aos fatores de risco envolvidos e, ao mesmo tempo, sejam estimulados a adotar estilos de vida mais saudáveis.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção educativa para prevenção e controle das doenças cardiovasculares em usuários atendidos na ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV) na população em estudo;
- Capacitar a equipe de saúde sobre prevenção, fatores de risco e tratamento das (DCV);
- Construir um cronograma com dias e horários para a realização dos grupos educativos;
- Avaliar as mudanças de comportamentos dos usuários após a implementação dos grupos educativos.

4. METODOLOGIA

Este trabalho será um projeto de intervenção educativa para prevenção e controle das DCV dos usuários atendidos pela ESF Fátima 1 no município de Sabará, Minas Gerais. Para construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como SciELO (*Scientific Electronic Library OnLine*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e MEDLINE: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre outros para maior embasamento científico do problema priorizado. Os descritores utilizados foram: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde e Doenças Cardiovasculares.

Além da pesquisa bibliográfica, elaborou-se um plano de intervenção baseado no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme orientação da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram realizadas as etapas de diagnóstico situacional em saúde e por meio de estimativa rápida foram identificados os "nós críticos" que permitiram elaborar um plano de ação, monitoramento e avaliação das ações de saúde. Ressalta-se que para elaborar um plano de ação é necessário conhecer o contexto no qual se pretende atuar, além de construir alternativas para melhorar a situação-problema e capacidade para propor e viabilizar a intervenção (PAZ, 2013).

Após definir o problema e identificar as causas consideradas as mais importantes, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para minimizar o número de usuários com DCV e prevenir novos casos.

O público alvo do projeto serão todos os usuários que apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2, cardiopatas, pacientes com histórico de AVC, com uso nocivo do álcool, tabagistas, sedentários, pacientes sobrepeso e obesos (IMC >25). Os usuários serão convidados para participar de reuniões na ESF cuja finalidade será ajudá-los a conhecer as DCV, suas complicações e os fatores de risco associados. Além disso, conhecerão a importância do tratamento adequado bem como adoção de estilos de vida saudáveis relacionados com a dieta e exercício físico.

Serão realizadas rodas de conversas, com espaço aberto para debate entre o profissional de saúde e os usuários diante os temas discutidos. Pretende-se alcançar o maior número de usuários e incentivá-los a participar e dar continuidade nos grupos educativos na ESF Fátima 1. Todos os profissionais da equipe estarão envolvidos, sendo que os grupos acontecerão mediante um cronograma a ser seguido com temáticas específicas para as DCV. A Equipe irá estimular a participação dos usuários mediante debates, rodas de conversas, histórias da vida real com vídeos educativos e materiais audiovisuais. O objetivo dos grupos é que os usuários aprendam sobre como melhorar sua condição crônica de saúde, bem como tenha suporte e apoio profissional para se tratar adequadamente.

Os recursos pedagógicos a serem utilizados serão folhetos, cartazes, vídeos e imagens para ajudar o profissional de saúde a tornar o processo educativo atraente para usuários e de fácil compreensão.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Doenças Cardiovasculares: Definição

As DCV configuram-se em um conjunto de problemas que atingem o coração e os vasos sanguíneos que provocam complicações graves como o infarto, insuficiência cardíaca, arritmias, acidente vascular encefálico, dentre outros danos à circulação sanguínea. É importante que essas doenças sejam prevenidas, pois representam a principal causa de morte em todo o mundo. No Brasil as DCV foram a principal causa de morte no país desde o ano de 1970 (MUNIZ et al., 2012; OPAS/OMS, 2016; THOM; HAASE, 2006).

5.2 Epidemiologia

As DCV, em 2016 causaram aproximadamente 17 milhões de vítimas com problemas coronarianos, como ataques cardíacos e derrames. No Brasil as DCV foram a principal causa de morte no país desde o ano de 1970. Cerca de 17,9 milhões de pessoas morrem de DCV no mundo todos os anos, vítimas de acidentes vasculares cerebrais e ataques cardíacos, segundo a OMS, representando aproximadamente 31% de todas as mortes globais (OPAS/OMS, 2016). Dentro desse número, 75% das mortes acontecem em países de baixa e média renda e 80% são devido a ataques de coração e derrames. As Américas foram responsáveis por 1,5 milhões de óbitos somente no ano de 2007 (OPAS, 2011).

Destaca-se, ainda que adultos jovens que estão na universidade possuem fatores diversos de risco para a incidência de DCV como as relacionadas ao aparelho circulatório e para a mortalidade em idade avançada, sendo necessária uma atenção maior para essa população (SHAWAR et al., 2012). Em relação as pessoas menores de 70 anos que possuem doenças não-transmissíveis, 37% dessas doenças são causadas por DCV (OPAS/OMS, 2016).

5.3 Fatores de risco

O risco de desenvolver as doenças cardiovasculares é muito maior em pessoas com hipercolesterolêmica, hipertensão e diabetes, bem como as que

mantiveram altas taxas de tabagismo (OMS, 2016). Além disso, hábitos de vida inadequados como alimentação desbalanceada, sedentarismo, obesidade e até mesmo níveis elevados do estresse também incluem como fatores de risco, por isso, na maioria das vezes, é possível prevenir estas doenças (OPAS/OMS, 2016).

5.4 Doenças Cardiovasculares Atenção Primária à saúde e educação em saúde

A Atenção Primária em Saúde no Brasil possui condições para o diagnóstico precoce e prevenção de DCV por meio do enfoque integral ao usuário do serviço de saúde para diminuir substancialmente os eventos cardiovasculares com ações de prevenção (OMS, 2016). Isto porque, a maioria das dessas doenças pode ser prevenida por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco – como o uso de tabaco, dietas não saudáveis e obesidade, sedentarismo e uso nocivo do álcool, utilizando estratégias para a população em geral (OPAS/OMS, 2016). Neste contexto, programas de intervenção de base comunitária que integrem promoção de saúde e prevenção de doenças e agravo têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 1970, com o intuito de diminuir a morbidade e a mortalidade por DCNT por meio da redução dos fatores de risco nas comunidades (OPAS, 2003).

Desta maneira, realizar uma intervenção educativa para prevenção e controle das DCV mostra-se relevante para a implementação de ações específicas que tenha como foco minimizar complicações decorrentes dessas doenças, como também prevenir o surgimento de outras. Essas intervenções devem ser conduzidas de modo a permitir que os usuários discutam e compreendam assuntos referentes à sua condição crônica de saúde e aos fatores de risco envolvidos e, ao mesmo tempo, sejam estimulados a adotar estilos de vida mais saudáveis.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular e seus fatores de risco com descrição, explicação e descrição de seus nós críticos, de acordo com o Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Identificação dos problemas

Na ESF Fátima 1, o problema identificado foi o aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular. Este problema é de grande importância devido ao enorme encargo econômico e social que são responsáveis, pois as DCV estão associadas a cardiopatias isquêmicas, insuficiência renal periférica e AVC, que levam ao aumento da morbimortalidade (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

O aumento da prevalência destas doenças determina a necessidade de estratégias e planos de intervenção que contribuam para minimizar os riscos. É fundamental reconhecer que a principal função da ESF é melhorar a saúde da população mediante a construção de um modelo fundamentado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Para a descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelos prontuários dos pacientes na ESF Fátima 1. Por meio do diagnóstico situacional realizado foi possível priorizar o aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular.

6.2 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema priorizado foi o aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular. Isto porque é elevado o número de usuários com fatores de risco, além daqueles que já possuem algum tipo de complicação (doença periférica, trombose venosa, doença cardíaca hipertensiva, doenças arteriais periféricas), sendo estas uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e também na área adstrita da ESF Fátima 1.

Desta maneira, realizar uma intervenção educativa para prevenção e controle das doenças cardiovasculares mostra-se relevante para a implementação de ações específicas que tenha como foco minimizar complicações decorrentes da doença cardiovascular, como também prevenir o surgimento de outras doenças cardiovasculares. Essas intervenções devem ser conduzidas de modo a permitir que os usuários discutam e compreendam assuntos referentes à sua condição crônica de saúde e aos fatores de risco envolvidos e, ao mesmo tempo, sejam estimulados a adotar estilos de vida mais saudáveis.

6.3 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Na área de atenção da ESF Fátima 1, 18% dos pacientes cadastrados são hipertensos, 2% tem Diabetes Mellitus, 11,5% apresentam dislipidemias e 38,5% são sedentários. De acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção pra Doenças Crônicas por Inquerito Telefônico (MALTA et al., 2015) a prevalência estimada de hipertensão no Brasil seria de 20% e de diabetes 6%. Sabe-se que determinados estilos de vida, como o sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, assim como fatores socio-econômico-culturais influenciam na prevalência, diagnóstico e controle de obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemia. Todos estes fatores estão relacionados com aumento de doenças cardiovasculares (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, seguimento das doenças, reabilitação e apoio aos pacientes que sofrem das DCV (BRASIL, 2006).

Este trabalho considera como nó crítico fundamental os hábitos e estilos de vida, principalmente os maus hábitos alimentares (dieta rica em carboidratos, sal e gordura, baixa em frutas e verduras) e a inatividade física.

6.4 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos identificados foram:

- 1- Hábitos alimentares inadequados e sedentarismo.

- 2- Pouco conhecimento e responsabilidade com a própria doença.
- 3- Dificuldade na identificação e atendimento ao paciente com risco cardiovascular (RCV).
- 4- Dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e retorno nas consultas periódicas.

6.5 Desenho das operações para os “nós” críticos do problema (sexto passo)

Para construir o plano operativo, foi realizada uma reunião com todos os profissionais de saúde envolvidos e definiu-se o desenho das operações sobre o aumento da morbimortalidade por DCV, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Operações sobre os nós críticos relacionado ao Aumento da morbimortalidade por doenças do aparelho cardiovascular da ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos alimentares inadequados e sedentarismo	Vida saudável	Diminuir o número dos obesos e das pessoas sedentárias (principalmente no grupo de hipertensos e diabéticos), incentivar o aumento da 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: apoio e sensibilização dos gestores. Financeiro; recursos para

				apoio áudio visual, folhetos informativos, para alimentos e a explicação culinária saudável nos grupos.
Pouco conhecimento e responsabilidade com a própria doença	Hiperdia	Melhorar o conhecimento sobre a patologia, tratamento e acompanhamento.	Grupo educacional de Hiperdia 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: informações sobre o tema Político: apoio e sensibilização dos gestores. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos.
Dificuldade na identificação e atendimento adequado ao paciente com RCV.	Cuidado melhor	Identificar os pacientes com RCV. Acesso a exames, consultas e medicamentos.	Implantação a linha de cuidado para risco cardiovascular. Capacitação de ACS, enfermeiro, médico, técnico enfermagem	Organizacional; organizar agenda para atender pacientes com RCV. Cognitivo: elaboração de protocolo de linha de cuidado para RVC. Político: Apoio e sensibilização dos gestores. Participação da coordenação da saúde da família para implantar

				linha de cuidado. Financeiro:recursos para exames,medicamentos.
Dificuldade de adesão ao tratamento medicamentos o e retorno nas consultas periódicas	Continuidad e do cuidado da saúde das pessoas com diabetes, hipertensão e risco cardiovascular	Identificar os pacientes hipertensos, diabéticoe com risco cardiovascular. Acesso a exames, consultas e medicamentos.	Capacitação de ACS, enfermeiro, médico, técnico enfermagem	Organizacional; organizar agenda para atender pacientes hipertensos, diabéticos e com risco cardiovascular. Cognitivo: elaboração de protocolo de linha de cuidado para pacientes hipertensos, diabéticos e com risco cardiovascular. Político: Apoio e sensibilização dos gestores. Participação da coordenação da saúde da família para implantar linha de cuidado. Financeiro: recursos para exames, medicamentos.

Fonte: Autoria própria, 2018

6.6 Operação/Projeto

Quadro 4 – Descrição das operações do plano de ação da ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.

Operação	Prazo de Implantação	Responsáveis
Vida saudável	3 meses	Equipe Fátima 1
Hiperdia	3 meses	Equipe Fátima 1
Cuidado melhor	3 meses	Equipe Fátima 1

Fonte: Autoria própria, 2018

6.7 Análise de viabilidade do plano

A viabilidade do plano de ação está diretamente relacionada às questões políticas e financeiras e neste sentido, os projetos bem elaborados são fundamentais para demonstrar aos gestores públicos sobre a importância e relevâncias dos planos de ação na saúde pública.

O projeto proposto neste estudo tem como foco principal a redução do risco cardiovascular através da implantação de um programa de atividade física e alimentação adequada. Junto a isso, atividades educativas de apoio, incentivo e conscientização para orientação de grupos de hipertensos e diabéticos buscando conscientizá-los sobre a importância de acompanhamento 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 dos valores da pressão arterial e da glicemia possibilitando em muitos casos, a redução da medicação e do risco de morbimortalidade (BRASIL, 2013)

6.8 Elaboração do plano operativo

Quadro 5 - Plano Operativo da ESF Fátima 1, no município de Sabará, Minas Gerais.

Projeto	Resultados esperados	Produtos	Estratégias	Responsável	Prazo
Vida saudável	Usuários do serviço de saúde hipertensos, diabéticos e com risco cardiovascular com mais conhecimento sobre a doença, tratamento e cuidado com a saúde.	Avaliação do nível de informação dos usuários do serviço de saúde sobre as complicações das doenças cardiovasculares; distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos; capacitação dos ACS.	Apresentar projeto, buscar apoio dos gestores de saúde.	Equipe Fátima 1	3 meses para o início das atividades.
Hiperdia	Usuários do serviço de saúde hipertensos, diabéticos e com risco cardiovascular com mais conhecimento sobre a doença, tratamento e prevenção das complicações.	Avaliação do nível de informação dos usuários do serviço de saúde hipertensos, diabéticos e com risco cardiovascular com mais; distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos; capacitação dos ACS	Grupos educativos sobre doenças cardiovasculares, prevenção e tratamento	Equipe Fátima 1	Início em 4 meses e término em 8 meses; avaliações a cada semestre;
Cuidado melhor	Melhor atendimento dos usuários do	Capacitação de pessoal; contratação	Apresentar projeto de estruturação	Equipe Fátima 1	4 meses para apresentação do

Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento de hipertensos e diabéticos	serviço de saúde hipertensos, diabéticos e com risco cardiovascular com mais; garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.	de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos; consultas especializadas, exames especializados.	o da rede, alcançar apoio.	Secretaria de Saúde municipal	projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos;
Garantia e continuidade do cuidado da saúde das pessoas com diabetes, hipertensão e risco cardiovascular	Melhor atendimento dos usuários do serviço de saúde hipertensos, diabéticos e com risco cardiovascular	Capacitação de pessoal	Apresentar projeto de estruturação da rede, alcançar apoio.	Equipe Fátima 1 Secretaria de Saúde municipal	4 meses para apresentação do projeto e 10 meses para aprovação e liberação.

Fonte: Autoria própria, 2018

6.9 Gestão do plano

O plano operativo tem como função principal permitir a gestão da implantação, acompanhamento e avaliação das ações junto ao acompanhamento e avaliação do cumprimento das atividades no prazo acordado.

Neste sentido, ao observar o Plano Operativo, constata-se que o projeto é de fundamental importância para a melhoria da saúde da população coberta pela ESF Fátima 1. A partir da implantação do projeto, ocorrerá uma avaliação sistemática e paralela ao desenvolvimento das ações propostas, permitindo que os responsáveis tenham informações para aprimorar e reconstruir ações específicas com os resultados encontrados.

Sendo assim, o plano operativo é fundamental para orientar as atividades e permitir a sistematização adequada para a coordenação e gestão de todo o processo que envolve o projeto proposto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a implementação deste projeto de intervenção mobilize não apenas a população, mas principalmente toda a equipe para o trabalho constante para minimizar os riscos cardiovasculares por meio de estilos de vida saudáveis e melhor controle de doenças como diabetes e hipertensão e, a partir destas mudanças, possa se prevenir as complicações das doenças cardiovasculares.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerobrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Município Sabará. Minas Gerais, 2016. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sabara_mg>. Acesso em: 3 fev. 2018.

IPPOLITO-SHEPHERD J. **Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional**. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie Promoción de la Salud No. 4. Washington, DC: OPS; OMS; 2003

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 238-255, 2015.

MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534-42, 2012.

NISSINEN, A.; BERRIOS, X.; PUSKA P. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo. **Bull WorldHealthOrgan**, v.79, n. 10, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças não transmissíveis nas Américas: vamos construir um futuro mais saudável**. Washington, D.C.: OPAS, 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms&alias=1063-entamericas2011&Itemid=688>. Acesso em: 18 set. 2017

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doenças cardiovasculares**. Organização Pan-americana da Saúde. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: 3 fev. 2018

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Uma iniciativa para a prevenção integrada de doenças não transmissíveis nas Américas**. Washington: OPAS; 2003.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ.**História de Sabará**. 2013-2016. Disponível em:<<http://sabara.mg.gov.br/site-pms>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ.**Plano Saúde Municipal**.Sabará/Minas Gerais. Disponível em: Secretaria Saúde Sabará. Acesso em:04 jun. 2016.

SHAWAR, S. M.; AL-BATI, N. A.; AL-MAHAMEED, A.; NAGALLA, D. S.; OBEIDAT, M Hipercolesterolemia entre universitários aparentemente saudáveis. **Oman Medical Journal**, v. 27, n. 4, p. 2274-80, 2012.

THOM, T. et al. **Estatísticas de Doenças Cardíacas e Derrame** - Atualização de 2006: Um relatório do Subcomitê de Estatística e Dermatologia de Estatística da Associação Americana do Coração. Circulação, 2006.