

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

ARACELIS MONTOYA VAZQUEZ

CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA
CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO ADSCRITA DO PROGRAMA SAUDE
DA FAMÍLIA JAQUEIRA: uma proposta de intervenção

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2014

ARACELIS MONTOYA VAZQUEZ

**CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA
DOENÇA CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO
ADSCRITA DO PROGRAMA SAUDE DA FAMÍLIA
JAQUEIRA: uma proposta de intervenção**

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

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2014

ARACELIS MONTOYA VAZQUEZ

**CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR
NA POPULAÇÃO ADSCRITA DO PROGRAMA SAUDE DA FAMÍLIA JAQUEIRA:
uma proposta de intervenção**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 2/12/2014

DEDICATÓRIA

A minha família, que me deu forças para continuar apesar da adversidade.

A minhas amizades pelo apoio incondicional

AGRADECIMENTOS

A Deus todos os dias por me abençoar.

Aos meus orientadores, Professora Maria Quitéria de Pugleses Barros, para me guiar para alcançar o meu projeto.

A Professora Matilde Meire Miranda Cadete por fazer parte deste projeto, com orientação efetiva.

A Cuba, o meu país, por me deixar ser Médica, Internacionalista.

RESUMO

Santana do Ipanema é um município do estado de Alagoas e atende a população pertencente ao Programa Saúde da Família da Jaqueira. Na comunidade, a principal causa de morbidade e mortalidade ocorridas no ano de 2013 foi às doenças do aparelho circulatório, com destaque para as doenças cardiovasculares que estão ocupando um lugar preponderante na morbidade e mortalidade, principalmente em pacientes com risco para seu desenvolvimento. Essas doenças cardiovasculares causam aproximadamente um quarto de todas as mortes. Detectou-se que as principais causas de seu aparecimento, a descompensação e complicações, incluindo a morte, dizem respeito ao desconhecimento dos fatores de risco e as ações necessárias quanto ao seu correto controle. Assim, este estudo objetivou elaborar um programa de educação para maior conscientização dos pacientes sobre os fatores de risco para controle da doença cardiovascular. Para embasamento do plano foi feita uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, tendo como descritores: doenças vasculares, prioridades em saúde e fatores de risco. O plano proposto busca oferecer uma linha de cuidado de hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado, contribuir com melhor atendimento e acompanhamento dos fatores de risco para diminuir tanto esses fatores quanto a própria doença cardiovascular, obtendo, portanto, maior e melhor controle deles, diminuindo sua incidência e prevalência.

Palavras chave: Doenças cardiovasculares. Prioridades em saúde. Fatores de risco.

ABSTRACT

Santana do Ipanema is a municipality in the state of Alagoas and serves population belonging to the Family Health Program Jaqueira. In the community, the main cause of morbidity and mortality that occurred in 2013 were diseases of the circulatory system, especially cardiovascular diseases that are occupying a prominent place in morbidity and mortality, especially in patients at risk for its development. These cardiovascular diseases cause approximately one quarter of all deaths. Found is that the main causes of its appearance, decompensation and complications, including death, relating to the ignorance of risk factors and the actions required for correct control. Thus, this study objective devise a program of education for increased awareness of patients about the risk factors for cardiovascular disease control. Basement for the plan a narrative review of the literature on the subject was made, with the descriptors: vascular diseases, health priorities and risk factors. The proposed plan is intended to provide a range of care toxic habits and inappropriate lifestyle, contribute to better care and monitoring of risk factors to reduce both these factors and cardiovascular disease itself, thus getting higher and better control them, decreasing its incidence and prevalence.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Health Priorities. Risk factors.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVOS.....	16
4	METODOLOGIA.....	17
5	REVISÃO TEÓRICA	18
6	PLANO DE AÇÃO.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

Início este Trabalho de Conclusão de Curso apresentando o cenário onde o processo de trabalho e ser aluna do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família o originaram.

O município Santana do Ipanema foi primitivamente chamado Santana da Ribeira do Ipanema, por estar situado à margem do rio Panema ou Ipanema. Ipanema é palavra indígena: ypanema - água ruim, imprestável. Passou a se chamar, depois, Santana do Ipanema.

Nos últimos anos do século XVIII, a atual cidade de Santana do Ipanema, pequenino arraial era habitado por índios e mestiços. Nessa ocasião, chegou à região o padre Francisco José Correia de Albuquerque, missionário que em pouco tempo conseguiu, com o exemplo de suas virtudes e discurso eloquente, implantar naquela gente rude os ensinamentos da religião cristã, os princípios de civilização, bem como construir uma igreja a partir do apoio de moradores que ali habitavam (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA, 2014).

Santana do Ipanema é um território de aproximadamente 438 km², cuja altitude média é de 250 m acima do nível do mar, e tem temperaturas que variam de 20°C a 39°C. Sua concentração habitacional é assim constituída: população residente na área urbana: 27.185 pessoas e na área rural: 17747 pessoas. Conta com aproximadamente 14 258 domicílios e 11 445 famílias.

Dentro do município, a equipe de saúde, da qual faço parte, atende a população pertencente ao Programa Saúde da Família da Jaqueira. Trata-se de uma comunidade que fica na periferia do município de Santana do Ipanema e se formou, inicialmente, a partir do êxodo rural, ocorrido nos anos 70, em função do avanço do plantio da fruta de jaqueira. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular ,as festas juninas.

A comunidade contava, até fevereiro de 2014, com 3.070 moradores, atendidos por uma equipe de Saúde da Família, dividida em oito microáreas, estando localizadas em oito pequenos povoados, distantes 15 km.

Nas últimas administrações, tem havido algum investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, associação) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

Entre os 3.070 habitantes da área de abrangência da equipe, 1.555 (50,65%) são homens e 1.515 (49,35%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado no quadro 1.

Quadro 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família ESF Jaqueira, 2013.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
< 1 ano	16	0,52	5	0,16
1 a 4 anos	82	2,67	72	2,34
5 a 6 anos	63	2,05	58	1,88
7 a 9 anos	83	2,70	88	2,86
10 a 14 anos	174	5,66	164	5,34
15 a 19 anos	194	6,31	176	5,73
20 a 39 anos	481	15,66	471	15,3
40 a 49 anos	171	5,57	159	48,81
50 a 59 anos	140	4,56	137	4,46
> 60 anos	151	4,91	185	6,02
Total	1.555	50,65	1.515	49,35

Fonte: SIAB (2013)

A leitura dos dados aponta a predominância de pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos, mas há também um número significativo de pacientes mais idosos, ou seja, 336 pessoas com mais de 60 anos de idade.

De acordo com a classificação e índice de Rosset (ANO) que é um índice que fala sobre o grau de envelhecimento de uma população, tem-se a seguinte classificação da população: de 0 a 7%: população madura; de 7 a 10%: população com envelhecimento insipiente; de 10 a 13%: população com envelhecimento avançado; de 13 a 16%: população abertamente envelhecida e maior do que 16%: população muito envelhecida.

Fazendo o cálculo para a população idosa da nossa área de abrangência, tem-se:

$$IR = \frac{\text{No de Idosos de 60 anos ou mais} \times 100}{\text{População Total}}$$

População Total

$$IR = 336 \times 100$$

IR= 10,9 %. Assim, com base no índice proposto por Rosset (ANO), é considerada população com envelhecimento avançado no ano 2013, dado muito importante para o poder fazer o diagnóstico epidemiológico municipal.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, as principais atividades econômicas são: agricultura, comércio e pecuária.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevada concentração de *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos de dengue.

Os dados sobre instalações sanitárias, por microáreas, são apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias na área de abrangência da equipe de saúde da família ESF Jaqueira, 2013.

Destino fezes/urina	nº	%
Sistema de Esgoto	7	0.86
Fossa	522	64.21
Céu aberto	284	34.93

Fonte: SIAB (2013)

Percebe-se que a fossa séptica é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos.

Os dados do quadro 3 apresentam o quantitativo de famílias que têm cobertura da coleta de lixo.

Quadro 3- Famílias cobertas por destino do lixo na área de abrangência da equipe de saúde da família ESF Jaqueira, fevereiro 2013 a fevereiro 2014.

Destino do lixo	N	%
Coleta publica	154	18,94
Queimado/Enterrado	459	56,46
Céu aberto	200	24,60

Fonte: SIAB (2014)

Em relação ao lixo, a situação não é positiva, uma vez que 200 residências fazem o descarte a céu aberto e 459 queimam ou enterram o lixo e só 154 têm coleta publica.

No que tange ao abastecimento de água, os dados do quadro 4 mostram que há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada.

Quadro 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água na área de abrangência da equipe de saúde da família ESF Jaqueira, 2013.

Abastecimento de água	N	%
Rede pública	610	75.03
Poço ou nascente	138	16.97
Outros	65	8.00

Fonte: SIAB (2013)

O diagnóstico situacional feito durante a realização das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação em ações básicas de saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010), mostraram que as principais causas de morbidade e mortalidade ocorridas no ano de 2013, em ordem decrescente, são: doenças do aparelho circulatório igual a 34,52%, neoplasias, 32,64%, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 15%, doenças do aparelho respiratório, 9,43% e outras, 8,41%.

Os dados do quadro 5 apresentam a morbidade na área de abrangência da ESF Jaqueira.

Quadro 5 - Morbidade referida na área de abrangência da equipe de saúde da família ESF Jaqueira, 2013.

Faixa etária	Morbidade referida							
	Alcoólicos		Hipertensão		Deficientes		Diabetes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 14 anos	0	0	0	0	1	0,12	0	0
15 anos e mais	0	0.44	116	3,77	55	2,43	97	3,15
Total	0	0.33	116	3,77	56	1,82	97	3,15

Fonte: SIAB (2013)

Conforme se apreende do conjunto de dados, percebe-se que é maior a mortalidade por doenças do aparelho circulatório e neoplasias, constituindo ambos os problemas de saúde em que iremos trabalhar.

Nestes dados corrobora-se que as doenças do aparelho circulatório estão ocupando um lugar preponderante na morbidade e mortalidade, principalmente em pacientes com risco para o aparecimento das doenças cardiovasculares por falta de conhecimento em controle de risco sem que o médico de família possa agir para controlar e modificar e, assim, prevenir ou atrasar o aparecimento da doença, o aumento da esperança de vida e da qualidade de vida deste grupo de pessoas.

Apresentando sucintamente a Unidade Básica de Saúde, ela funciona no horário de 8:00 às 17 horas. As consultas ocorrem na parte da manhã e no período da tarde são realizadas as visitas domiciliares.

A equipe de saúde é constituída por oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três técnicos de enfermagem, uma enfermeira, um motorista e uma médica. Todos trabalham 40 horas por semana. A enfermeira e a médica têm 8 horas de estudo semanal

O Programa Saúde da Família do município conta com 25 equipes de saúde da Família duas equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ressalta-se que os sistemas de referência e contrarreferência estão estabelecidos, embora ainda existam dificuldades com contrarreferências de cuidados no hospital.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares causam aproximadamente um quarto de todas as mortes no mundo. A sua importância na sociedade contemporânea é atestada pelo número quase epidemia de pessoas afetadas, especialmente quando o número é comparado com relatos de sua ocorrência na literatura antes deste século de acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS, 2005).

Entre os fatores de risco estão : idade maior predisposição depois de 45 anos, tendência hereditária para a doença cardiovascular, pressão arterial elevada (hipertensão), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, obesidade, estresse , tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, falta de estrogênio em mulheres (ABODERINI *et al.*, 2001).

A cardiopatia isquêmica é uma doença que pode ser prevenida de forma significativa, se for conhecida e controlar seus fatores de risco cardiovasculares.

Na nossa área de saúde, a principal causa de mortalidade é dada por doença cardiovascular e morbidade por diabetes, hipertensão, obesidade e hiperlipidemia e fatores de risco cardiovascular.

Nas consultas que foram feitas aos usuários da equipe de saúde da família detectou-se que as principais causas de aparecimento de doenças cardiovasculares, sua descompensação e suas complicações, incluindo a morte, dizem respeito ao desconhecimento dos fatores de risco e as ações necessárias quanto ao correto controle.

É por isso que estabelecemos realizar uma intervenção educativa, para que os usuários tenham maior conhecimento e, portanto, maior controle da própria saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar um programa de educação para maior conscientização dos pacientes sobre os fatores de risco para controle da doença cardiovascular.

4 METODOLOGIA

A partir do diagnóstico situacional previamente realizado por todos os membros da equipe de saúde e, posteriormente, discutido na reunião da equipe, foi avaliado e analisado cada um dos problemas detectados na área de atendimento, além das soluções propostas para cada um deles, tendo em conta o nível de resolubilidade e resultados possíveis. Também foram usados dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Para elaboração do Plano de intervenção ficou estabelecida uma priorização dos problemas encontrados pela estimativa rápida e, em seguida, analisou-se as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas e nós críticos, foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários.

Neste estudo, o problema priorizado foi a doença cardiovascular, tendo em vista os fatores de risco de controle que levou à identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas com vistas ao enfrentamento dos "nós críticos": fatores de risco com aparecimento de doença cardiovascular.

O plano de intervenção educacional proposto será feito para melhorar o conhecimento sobre os fatores de risco de doença cardiovascular em pacientes que os apresentam e usuários do PSF Jaqueira, no Município de Santana do Ipanema.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à metodologia (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para embasamento do plano foi feita uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, tendo como descritores: Doenças vasculares, prioridades em saúde e fatores de risco.

5 REVISÃO TEÓRICA

As doenças cardiovasculares constituem um grupo de desordens do coração e vasos sanguíneos, de acordo com o conceito apresentado pela OMS(2005).

As doenças cardiovasculares têm papel indiscutível na morbidade e mortalidade do mundo ocidental, tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. “A cardiopatia isquêmica é e será, de acordo com as projeções para o ano 2020, a principal causa de morte” (MATOS *et al.*, 2004, p. 2).

Essa afirmativa aponta para a complexidade do que significam as doenças cardiovasculares, não só do ponto de vista da sua mortalidade, mas levando em conta as deficiências secundárias, isto é, as sequelas e complicações. Por isso, nossa visão de que se trata de um problema de saúde pública real e bastante abrangente.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em nosso país; são responsáveis por cerca de 30% dos óbitos para todas as faixas etárias (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002)

De acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão, por ser uma doença que cursa, na sua maior parte, de forma assintomática, seu diagnóstico e tratamento é, às vezes, negligenciado, além da falta de adesão, pelos pacientes hipertensos, ao tratamento, apesar da existência de protocolos e recomendações existentes. Ressalta-se que essa situação acontece em todo o mundo (BRASIL, 2006).

De acordo com Raul D. Santos, Vice Presidente do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de mortalidade para todas as idades em nosso país, destacando-se os acidentes vasculares cerebrais e a doença coronária.

A grande maioria dos casos de doenças crônicas é devido a um pequeno número de fatores de risco conhecidos e evitáveis como discutido nos relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005).

Ainda nesse relatório encontra-se descrito que os programas de promoção da saúde evidenciam que o sedentarismo e maus hábitos alimentares desencadeiam e potencializam fatores de risco como a obesidade, o diabetes e as doenças cardiovasculares (OMS, 2005).

Priorizar, controlar e prevenir os fatores de risco que podem desencadear doenças cardiovasculares está definido como prioridades estratégicas da OMS, com vistas à redução dos principais fatores e seus determinantes sociais e econômicos, por meio de programas comunitários destinados à promoção e à prevenção integrada das doenças não transmissíveis. Tudo isso é conjecturado nas diretrizes da OMS 2014

Existem medidas preventivas para diminuir o risco de doenças cardiovasculares, tais como: ter uma dieta rica em fibras e pobre em gordura saturada e colesterol, manter um peso saudável, fazer exercícios regularmente; todos os adultos devem verificar o seu colesterol pelo menos a cada cinco anos; controlar a pressão alta com mudanças no estilo de vida e medicamentos quando necessários; diminuir o risco para diabetes através da perda de peso e atividade física regular. Não fumar é uma das melhores coisas que a pessoa pode fazer para diminuir o risco de doenças cardiovasculares e manter um peso saudável, comendo muitas frutas e vegetais frescos, diminuindo a ingestão de sal e sódio, e comer menos gordura saturada e colesterol (BRASIL, 2009).

É importante para uma melhor qualidade de vida proteger o coração. Por isso, o primeiro passo é descobrir os fatores de risco para doenças cardiovasculares, que são condicionados por hábitos que fazem a pessoa se tornar mais propensa a desenvolver a doença e que se constituem nos fatores de risco que aumentam as chances de uma condição já existente.

As doenças cardiovasculares têm sido reconhecidas como um problema de saúde global, presente em todos os setores e classes sociais. São produzidas por múltiplos fatores que interagem com intensidade variável e estão associadas a altas taxas de morbidade, mortalidade e grave comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. Há, portanto, a necessidade de um plano de ação que aborde os cuidados primários para promover a saúde e prevenir doenças ou suas complicações.

6 PLANO DE AÇÃO

Nossa equipe começou a trabalhar no PSF de Jaqueira, em dezembro de 2013. Desde então temos trabalhado com os dados obtidos pelo SIAB e temos recolhido, ao longo dos meses de trabalho, dados para realizar o diagnóstico situacional, juntamente com equipe de saúde. Detectou-se que há problemas estruturais em diferentes posições de atendimento, além da identificação de problemas de saúde que afetam e são prevalentes na nossa população de atendimento.

Diante disso, este plano se baseou nos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme Campos, Faria e Santos (2010) e seguiu, portanto, os seguintes passos:

Primeiro Passo: Primeiro, tivemos que garantir que a equipe de saúde se sentisse comprometida com a população. Então, fez-se um levantamento da situação de saúde da população da área de atenção. De posse dos elementos identificados, reunimos-nos com a equipe de saúde e cada um apresentou os principais temas que foram levantados e discutidos também com líderes informais convidados da comunidade, que também deram a sua contribuição. Após a análise de cada um deles, nós os enumeramos e priorizou-se quais eram os que mais afetaram a população, suas causas, consequências e possíveis soluções.

Entre os problemas encontrados destacam-se:

- Elevada prevalência de hábitos tóxicos e inadequados estilos de vida ;
- Desconhecimento dos fatores de risco de doenças vasculares;
- Inadequada estrutura dos serviços de saúde;
- Falta de consolidação do processo de trabalho da equipe de saúde.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

A priorização dos problemas se fez de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento, conforme descrito no Quadro 6.

Quadro 6 - Priorização dos Problemas, 2013

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de hábitos tóxicos e inadequados estilos de vida	Alta	7	Parcial	2
Desconhecimento dos fatores de risco de doenças vasculares	Alta	7	Parcial	1
Inadequada estrutura dos serviços de saúde	Alta	6	Parcial	4
Falta de consolidação do processo de trabalho da equipe de saúde	Alta	5	Parcial	3

Percebeu-se que no território da Jaqueira, 52% da população com mais de 15 anos tem risco cardiovascular aumentado com 34,52% de mortes por essas doenças.

Esse foi o problema definido como prioridade número 1 após de a pontuação que foi dada pelos critérios mencionados, ou seja: atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema; distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto; numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

As doenças cardiovasculares, no Brasil, são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC) (OMS; 2005.)

Doenças não transmissíveis como as doenças cardíacas, os derrames, a diabetes e o câncer, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool se torna mais crítico (ABODERINI *et al.*, 2001).

Para descrição do problema priorizado, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários.

Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e controle dos mesmos para reduzir a morbidade e mortalidade por esta doença (número de pacientes com hipertensão, diabetes, com o tabagismo e dislipidemia)

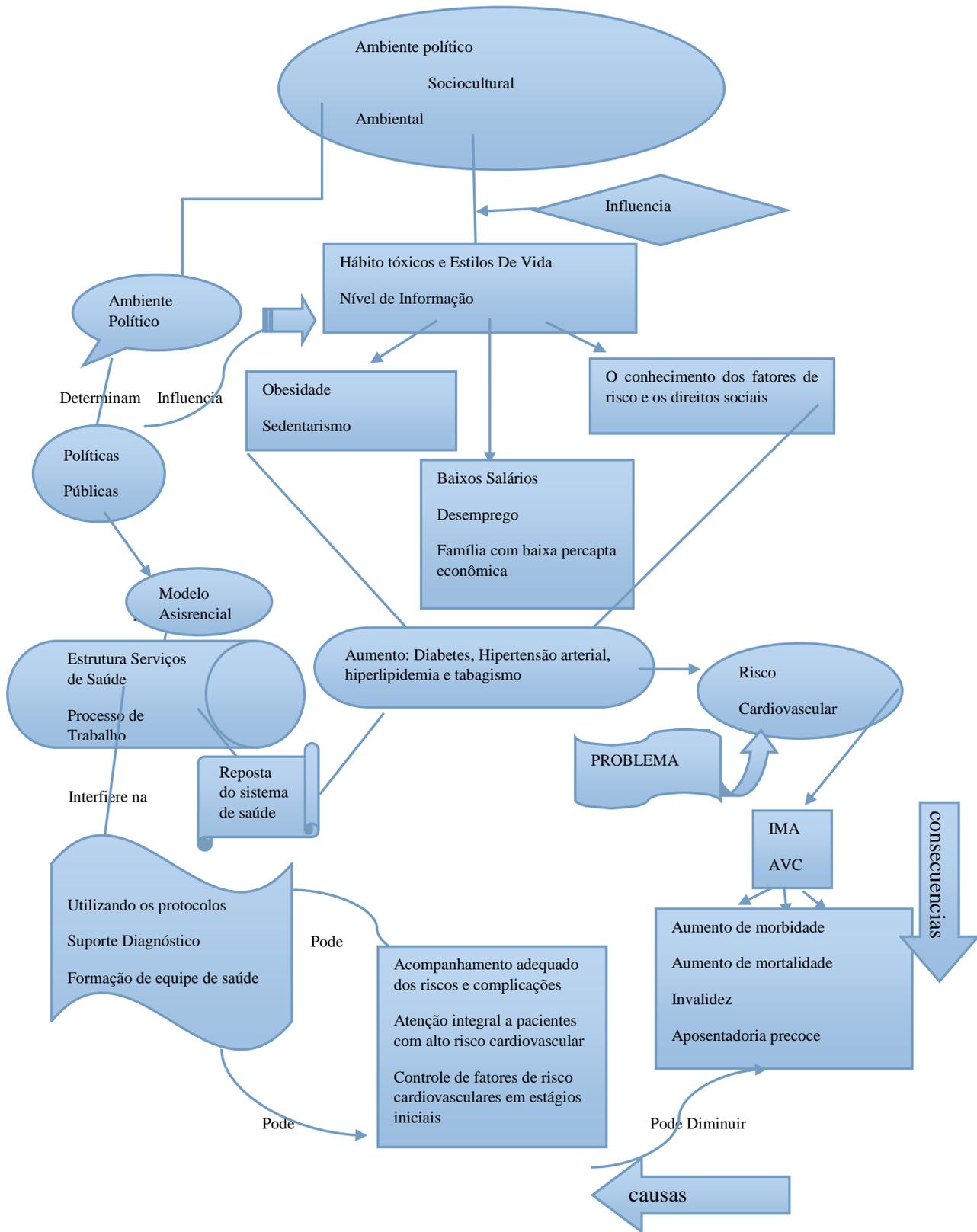
Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de cuidados básicos e a realidade na área da saúde.

Para facilitar o processo de descrição, a Equipe considerou todos os dados de pacientes hipertensos, diabéticos, fumantes, obesos e com hiperlipidemia (cadastrados foram controlados ou não acompanhados ou não).

Quarto Passo: Explicação do problema

Para obter uma explicação do problema, a figura 1 apresenta a inter-relação do problema e consequências de outros, a partir do ponto de vista do governo, social, ambiental e da própria saúde.

Figura 1 - Árvore explicativa do problema risco cardiovascular aumentado.



Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Trata-se de um processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas para as pessoas com fatores de risco. Outro nó crítico sinalizado foram as dificuldades na compreensão dos fatores de risco/ baixa educação em saúde.

A partir dessa trajetória, elaborou-se o plano operativo descrito no quadro 8.

Quadro 8 - Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS
<i>Saiba mais de Risco cardiovascular</i>	População mais informada sobre a doença vascular	Programa educativo para população de risco vascular	Elaborar questionário de doença vascular. Realização de Palestras de doença vascular e seus riscos Reprodução de Material audiovisual de doença vascular na sala de espera da UBS
<i>Linha de cuidado de hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado</i>	Cobertura de 100% de população com hábito tóxicos e estilos de vida inadequados	Linha de cuidado , para controle adequado do hábitos tóxicos e estilo de vida implantada Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Gestão de linha de cuidado	Definir os protocolos de atendimento de pacientes com hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado Desenvolver questionários para avaliação do paciente Entregar material educativo sobre hábitos tóxicos e estilo de vida
<i>Melhor atendimento e acompanhamento</i>	Consultas especializadas	Capacitação de	Apresentar Projeto de capacitação do Pessoal

<p><i>dos pacientes/ usuários</i></p>	<p>asseguradas. Exames previstos para 100% dos casos.</p>	<p>Pessoal de Saúde Compra de produtos para exames e medicamentos Consultas especializadas</p>	<p>de Saúde Administrar os reagentes necessários para a realização dos exames, bem como os meios para controlar a doença vascular (balança, estadiômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro)</p>
<p><i>Informações atualizadas sobre a população com fatores de risco vascular</i></p>	<p>Cadastro de 100% de população com fatores de risco vascular</p>	<p>Definição dos fatores de risco vascular Capacitação de recursos humanos Linha de cuidado do fatores de risco vascular</p>	<p>Definir os fatores de risco vascular Apresentar Projeto de capacitação de recursos humanos Gerenciar linha de cuidado</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste estudo, pude aprender mais sobre a cidade onde vivemos, e trabalhamos por ter sido necessário caracterizar a população que atendemos e, assim, compreender melhor seus costumes, cultura, ambiente social, identificar a principal causa de morbidade e mortalidade, priorizando os problemas saúde, bem como seus principais fatores de risco.

Pesquisar, neste estudo, a doença cardiovascular, permitiu aprofundar meus conhecimentos e propor o desenvolvimento de um plano de ação, para que todos da nossa equipe de cuidados de saúde, trabalhando em conjunto com as redes intersetoriais e comunitárias, busquem reduzir as taxas de mortalidade dessa doença, permitindo-nos afirmar, posteriormente, que conseguimos melhorar não só o conhecimento dos fatores de risco, mas e, principalmente, ter melhor controle deles para diminuir sua incidência e prevalência.

Com esta proposta, a nossa equipe de saúde poderá direcionar seu trabalho com pacientes com hipercolesterolemia, tabagistas, hipertensos, diabéticos e com obesidade. Tudo isso com uma ação planejada, integrada e com avaliação da implementação deste plano de ação.

A nossa tarefa para desenvolver este trabalho, neste país, numa população rural pobre e de baixa cultura, tem sido uma experiência maravilhosa, que nos permite oferecer os nossos serviços simples para ajudar a melhorar a saúde e desde a nossa atenção básica, com uma equipe saúde, trabalhando muito próximo, oferecendo os cuidados de saúde que o paciente merece.

REFERÊNCIAS

ABODERIN I, Kalache *et al.* **Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes**: Key Issues and Implications for Policy and Research. Summary report of a meeting of experts 2–4 May 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde; Sandra Rejane Soares Ferreira et al (org). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Minas Gerais, 2010

MATOS, M. F. D *et al.* Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobrás. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 82, n. 1, p. 1 – 8, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial de la OMS. **Prevención de las enfermedades crónicas**: una inversión vital. Ginebra. OMS; 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA. Acesso em abril de 2014, no site: <http://www.santanadoipanema.al.gov.br/>

SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas ! **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. v.46, n.3, p. 212-214, 2002

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de Santana, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de Santana, dados referentes ao período de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2014.

CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013

