

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CEESF

DÁFILA GABRIELA VARJÃO CORREIA DA SILVA

**PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES ADULTOS
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE JAPARATINGA - AL**

MACEIÓ - AL

2016

DÁFILA GABRIELA VARJÃO CORREIA DA SILVA

**PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE JAPARATINGA – AL**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a **Polyana Oliveira Lima.**

MACEIÓ – AL

2016

DÁFILA GABRIELA VARJÃO CORREIA DA SILVA

**PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO
ARTERIAL ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE JAPARATINGA – AL**

Banca examinadora

Prof^a Polyana Oliveira Lima – Universidade Federal de Minas Gerais

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em de Janeiro de 2016.

RESUMO

As doenças crônico-degenerativas têm crescido em incidência e prevalência nos últimos anos, e entre elas, merece destaque as doenças cardiovasculares. Tal preocupação tem sido observada em diversos países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para enfrentamento de um problema, considerado prioritário, na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Japaratinga I: avaliar a distribuição de fatores de risco cardiovascular dos adultos atendidos na Unidade de Saúde da Família, através da avaliação do perfil cardiovascular dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. A avaliação de vários fatores de risco ao mesmo tempo permite identificar pacientes com alto risco, motivar pacientes para aderir à terapêutica e modular os esforços de redução de risco. O trabalho será executado em três etapas: diagnóstico situacional através dos dados dos prontuários, revisão bibliográfica e elaboração de um projeto de intervenção, que tem como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional envolvendo a Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL.

Palavras-chaves: Doenças Cardiovasculares, Fatores de risco, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Chronic degenerative diseases have increased in incidence and prevalence in recent years, and among them, deserves cardiovascular disease. This concern has been observed in many countries, whether developed or developing. This paper aims to draw up a plan of action for confronting a problem, considered a priority in the area covered by the Health Unit Japaratinga I Family: evaluate the distribution of cardiovascular risk factors in adults treated at the Family Health Unit, by assessing the cardiovascular profile of patients with systemic hypertension and / or diabetes mellitus. The evaluation of various risk factors at the same time allows us to identify patients at high risk, motivate patients to adhere to therapy and modular risk reduction efforts. Work will be performed in three steps: situational diagnosis using data from medical records, literature review and preparation of an intervention project, whose methodological basis the Strategic Situational Planning involving the Health Team Japaratinga municipality Family - AL.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Risk Factors, Diabetes Mellitus, Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DCV – Doença Cardiovascular

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

FRCV Fatores de Risco Cardiovascular.

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. Quadro: Indicadores Demográficos	9
2. Quadro: População por Gênero e Localização.....	10
3. Quadro: População por Gênero e Idade	10
4. Quadro: Indicadores Educacionais.....	11
5. Quadro: Indicadores Educacionais.....	11
6. Tabela 1: Renda, Pobreza e Desigualdade – Japaratinga.....	12
7. Quadro 6: Planilha de Monitoramento e Avaliação dos Pacientes Hipertensos e Diabéticos do Município de Japaratinga – AL.	19
8. Quadro 7: Classificação de Prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área adscrita à Equipe de Saúde da Família da UBS Japaratinga.	28
9. Quadro 8: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.	29
10. Quadro 9: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.....	31
11. Quadro 10: Nó crítico 1 - Uso irregular das medicações.....	32
12. Quadro 11: Nó crítico 2 – Hábitos de Vida.	32
13. Quadro 12: Nó crítico 3 – Aspectos psicológicos.....	32
14. Quadro 13: Nó crítico 4 – Nível de informação.	33
15. Quadro 14: Nó crítico 5 – Processo de trabalho da equipe de saúde.	33

Sumário

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Descrição do município de Japaratinga – AL	8
1.2 Doenças Cardiovasculares	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
4 METODOLOGIA.....	18
4 REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1 INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA	20
4.2 FATORES DE RISCO	21
4.2.1 GÊNERO	21
4.2.2 RAÇA.....	21
4.2.3 RENDA FAMILIAR.....	22
4.2.4 IDADE.....	22
4.2.5 ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇA CARDIOVASCULAR	22
4.2.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	23
4.2.7 OBESIDADE	23
4.2.8 TABAGISMO	24
4.2.9 INATIVIDADE FÍSICA.....	24
4.2.10 HÁBITOS ALIMENTARES.....	25
4.2.11 DISLIPIDEMIAS.....	26
4.2.12 ESTRESSE PSICOLÓGICO.....	26
4.2.13 DIABETES MELLITUS.....	26
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do município de Japaratinga – AL

Japaratinga é um pequeno município localizado no litoral norte do estado de Alagoas, distante 82 quilômetros da capital do estado, Maceió, tendo como limites a Leste o Oceano Atlântico, a Oeste o município de Porto Calvo, a Sul o município de Porto de Pedras e a Norte o município de Maragogi. Segundo o censo demográfico do IBGE 2010, o número de habitantes de Japaratinga é de 7.754.

Japaratinga tem como origem uma colônia de pescadores conhecida como Japaratinga localizada onde hoje se situa a prefeitura da cidade, era composta principalmente por barracos à beira da praia e uma pequena área a oeste ocupando terras destinadas ao cultivo. A partir do ano de 1800 o desenvolvimento da aldeia tornou-se expressivo com a construção de uma estrada, exclusiva de tráfego animal, a qual interligava a rodovia principal, hoje AL-101, a Porto de Pedras passando por Japaratinga. A região apresentou crescimento significativo com o ciclo do coco, chegando inclusive a sediar um pequeno estaleiro, no ano de 1935, destinado a construção de navios de pequeno porte para o transporte do coco.

A autonomia administrativa da cidade foi decorrente de anseios políticos e liderada por José Jorge de Faria Sales, chefe político de Maragogi. A lei 2.264 foi responsável por desmembrar Japaratinga de Maragogi e em 30 de junho de 1960 deu-se a instalação oficial do município.

Hoje o município de Japaratinga é famoso como polo turístico pela beleza exótica das praias, mar calmo e de águas mornas, além de suas piscinas naturais. Ocupa uma área total de 85,50 km² representando 0,3079% do Estado de Alagoas, 0,0055% da Região Nordeste e 0,001% de todo o território brasileiro. Localiza-se na Microrregião Litoral Norte Alagoano e Mesorregião Leste Alagoano tendo como altitude da Sede 5 metros acima do nível do mar. (Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD)

Segundo o censo demográfico do IBGE 2010, o município abriga 2968 domicílios, sendo que desses: 2020 são domicílios particulares ocupados; 925 são particulares não ocupados (casas de veraneio e alugadas apenas para temporada), 25 são domicílios coletivos. Dessa forma, tem-se uma média de 3,83 habitantes por

moradia ocupada. O território abriga 2012 famílias sendo 902 na zona urbana e 1110 na zona rural.

Em relação aos indicadores socioeconômicos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,57 situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi o da Educação (com crescimento de 0,244), seguida por Renda e por Longevidade. Um dado positivo a ser observado é que Japaratinga teve um incremento no seu IDHM de 72,21% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (70,54%). De maneira similar, a taxa de urbanização cresceu 36,06% nas suas últimas décadas estando atualmente em 42,66% conforme tabela abaixo:

1 Quadro: Indicadores Demográficos

Indicadores	2000	2010	2012*
Densidade Demográfica (Hab/Km ²)	71,69	80,94	-
Razão de Sexo (%)	103,02	99,85	99,95
Taxa de urbanização (%)	36,56	42,66	-

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS, IBGE – Censo

A renda média familiar, de acordo com dados obtidos do censo 2010 do IBGE, varia de 916,49 reais como valor nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes situados na zona rural e 1.162,56 reais como valor nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes situados na zona urbana.

Quanto ao abastecimento de água e a rede de coleta de esgoto a situação ainda apresenta-se crítica no município, pois, de acordo com o Sistema Nacional de Informações em saneamento não existe plano municipal de saneamento básico, assim, segundo dados do mesmo sistema, no ano de 2011, o abastecimento de água era realidade para apenas 3.076 pessoas da população total. De acordo com as informações sobre situação de saneamento oriundas do Sistema de informações da Atenção Básica – SIAB, 78,3 % das famílias referem ter esgoto por fossa, 21,6% referem esgoto a céu aberto e apenas 0,2% das famílias coleta por rede de esgoto.

Outro ponto crítico no município são os dados acerca das atividades econômicas, uma vez que, por se tratar de uma comunidade basicamente extrativista, o número de trabalhadores com vínculo empregatício formal é muito baixo. A população atua predominantemente na área pesqueira e no setor de hotelaria. Em 2012, conforme dados do Ministério do Trabalho e Emprego, havia 553 pessoas com vínculo empregatício formal, sendo 14 do setor agropecuário, 41 do comércio, 0 da construção civil, 5 da indústria e 493 do setor de serviços.

Considerando os dados obtidos pelos censos 2000 e 2010 pelo IBGE, nota-se em Japaratinga uma taxa média de crescimento populacional anual de 1,22% conforme tabela abaixo:

2 Quadro: População por Gênero e

Localização/Gênero	População Residente		
	2000	2010	2012*
Feminina	3.383	3.880	3.945
Masculina	3.485	3.874	3.943
Rural	4.357	4.446	-
Urbana	2.511	3.308	-
Total	6.868	7.754	7.888

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS, IBGE – Censo Demográfico, IBGE

Em relação à composição etária da população observa-se a seguinte disposição:

3 Quadro: População por Gênero e Idade

Idade	Japaratinga	
	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	300	334
5 a 9 anos	456	478
10 a 14 anos	458	416
15 a 19 anos	407	410
20 a 24 anos	367	340
25 a 29 anos	327	332
30 a 34 anos	329	305
35 a 39 anos	228	264
40 a 44 anos	209	195
45 a 49 anos	157	165
50 a 54 anos	137	143
55 a 59 anos	127	123
60 a 64 anos	101	93
65 a 69 anos	81	68
70 a 74 anos	50	43
75 a 79 anos	30	30
80 a 84 anos	19	30
85 a 89 anos	9	14

Idade	Japaratinga	
	Homens	Mulheres
90 a 94 anos	5	5
95 a 99 anos	3	3
Mais de 100 anos	0	1

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

Ainda segundo os dados do Censo Demográfico 2010 do IBGE o município de Japaratinga apresenta densidade demográfica de 90,22 habitantes por quilômetro quadrado.

Quanto às taxas de escolarização observa-se que de 2000 a 2010 a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola aumentou 45,44%. Já as crianças entre 11 e 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental também cresceu 277,69%. Em relação aos jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo houve um aumento de 201,49% e a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 2.045,36%.

No ano de 2010, entre a população de 18 anos ou mais, 30,22% apresentavam ensino fundamental completo e 18,19% o ensino médio completo. Já a taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 20,51% entre 1991 e 2010.

Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira os indicadores educacionais municipais apresentam melhora significativa na última década, porém, ainda não estão satisfatórios.

4 Quadro: Indicadores Educacionais

Indicadores Educacionais	2011	
	Ensino Fundamental	
IDEB - 4ª série/ 5º ano	3,0	
IDEB - 8ª série/ 9º ano	2,3	

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP

5 Quadro: Indicadores Educacionais

Indicadores Educacionais	2010	
	Ensino Fundamental	Ensino Médio
Taxa de Abandono (Rede Pública) (%)	11,7	29,8
Taxa de Aprovação (Rede Pública) (%)	76,0	66,6
Taxa de Reprovação (Rede Pública) (%)	12,3	3,6

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP

Observando indicadores de pobreza verifica-se que, no município de Japaratinga, a taxa de extrema pobreza, considerando a proporção de pessoas com renda familiar per capita abaixo de R\$ 70,00 em Agosto de 2010, passou de 44,39% em 1991 para 38,83% em 2000 e para 19,12% em 2010. Observa-se ainda a diferença entre o rendimento dos mais pobres e dos mais ricos nota-se aumento da desigualdade e concentração de renda no município.

6 Tabela 1: Renda, Pobreza e Desigualdade – Japaratinga

Renda, Pobreza e Desigualdade - Japaratinga - AL

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	121,44	168,79	260,92
% de extremamente pobres	44,39	38,83	19,12
% de pobres	80,67	68,44	41,76
Índice de Gini	0,50	0,59	0,52

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em relação ao sistema local de saúde Japaratinga conta com um Conselho Municipal de Saúde composto pelo seguimento do governo na pessoa na secretária municipal de saúde e da secretária municipal de educação, do seguimento trabalhador e do segmento dos usuários englobando representantes do movimento LGBT, da igreja católica, da colônia de pescadores e da sociedade rural. As reuniões do Conselho ocorrem mensalmente com o intuito de nortear as ações em saúde a serem realizadas no município.

O Fundo Municipal de Saúde recebeu no ano de 2014 uma verba de R\$ 263.830,00 para investimento na Estratégia de Saúde da Família. A estratégia foi implantada no ano de 2008, porém, devido à carência de profissionais foi descredenciada. No ano de 2013, a Estratégia foi recredenciada no município. Atualmente a Estratégia Saúde da Família apresenta cobertura de 67% da população (SMS, 2014) estando dividida em três equipes. Uma equipe para região central e pontal, outra equipe para as microáreas do Bitingui, Barreiras e Boqueirão, e a terceira equipe cobre a zona rural e a microárea da Usina. O município não possui suporte de NASF até o momento. Da mesma forma, não existem unidades de atenção secundária ou terciária em Japaratinga, fato que associado a um sistema inoperante de referência e contra referência, prejudicam severamente o fluxo de pacientes e informações entre os serviços dificultando a implantação das redes de atenção à saúde.

Em relação aos recursos humanos destinados à saúde, atualmente, atuam no município três médicos fixos na estratégia de saúde da família, dois desses contratados pelo Programa de Valorização da Atenção Básica, e outros dois médicos com consultas semanais para atendimento da demanda espontânea. Conta ainda com dois cirurgiões dentista, duas enfermeiras e 7 técnicos em enfermagem além de dezoito agentes comunitários de saúde.

1.2 Doenças Cardiovasculares

As doenças crônico-degenerativas têm crescido em incidência e prevalência nos últimos anos, e entre elas, destaca-se as doenças cardiovasculares. Tal preocupação tem sido observada em diversos países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento. O envelhecimento da população motivado pelos avanços na medicina, além da incorporação de um estilo de vida pouco saudável, como inatividade física, hábitos alimentares inadequados, são condições que estão relacionadas com o aumento do risco cardiovascular (CARMO, E.H.; BARRETO, M.L; SILVA JR, JB, 2003 apud TORRES, K.P., 2011).

Os índices de prevalência e incidência de potenciais fatores de risco cardiovasculares, assim como as previsões feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tem sido objeto constante de preocupação. Segundo a OMS, existe uma previsão de que nos países desenvolvidos ocorra um crescimento das doenças cardiovasculares em cerca de 50% até o ano de 2020, percentual esse que pode superar os 100% em países em desenvolvimento. A OMS estima que mais de 17,5 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares, como ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral em 2012. Ao contrário da crença popular, mais do que 3 em cada 4 destas mortes ocorreram em países de baixa e média renda, e os homens e as mulheres foram igualmente afetados (WHO, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em nosso país, cerca de 30% dos óbitos para todas as faixas etárias. Trata-se de uma emergência médica que pode evoluir com sequelas ou morte, sendo a rápida chegada ao hospital importante para a decisão terapêutica. O AVC representando cerca de 1/3 das mortes por doenças cardiovasculares, principalmente em camadas sociais mais pobres e entre os mais

idosos. É o problema neurológico mais comum em algumas partes do mundo gerando um dos mais elevados custos para as previdências sociais dos países.

[...] Dados do Ministério da Saúde verificaram a ocorrência, em 2010, de 326 mil mortes por Doenças Cardiovasculares (DCV), ou seja, cerca de 1.000 mortes/dia, das quais 200 mil deveram-se exclusivamente à doença isquêmica do coração e a doenças cerebrovasculares, refletindo um cenário dramático e longe de um controle minimamente aceitável. Muitas são as razões para chegarmos a presente situação. Entre elas, estão políticas públicas de saúde na prevenção de DCV aquém das necessidades da população, levando à conhecida falta de infraestrutura na atenção primária e permitindo que afecções preveníveis percam seu momento ideal de combate, particularmente nas regiões mais carentes. Acrescente-se ao presente cenário os conhecidos fatores socioculturais, como o consumo excessivo de alimentos ricos em calorias pela população, associado à inatividade física e, como consequência, o desenvolvimento de obesidade e de diabetes, associado ao excesso de sal na dieta. Esses fatores contribuem para a ocorrência de hipertensão arterial e são decisivos para a elevada prevalência das DCV, sem que esta tenha oportunidade de orientação de mudanças de estilo de vida (SIMÃO et. al., 2014, p. 420).

A realidade do município de Japaratinga não é diferente do já exposto. A cada semana surgem novos pacientes com história de Doença Coronariana e com sequelas decorrentes de Acidente Vascular Cerebral. Muitos desses, sem diagnóstico prévio de qualquer patologia, o que mostra a ineficiência da Atenção Primária na identificação dos pacientes de Alto Risco Cardiovascular. Dessa forma, a identificação dos indivíduos assintomáticos com maior predisposição é crucial para a prevenção efetiva com a correta definição das metas terapêuticas, especialmente os critérios para identificação dos pacientes de alto risco. Para tanto, existem os chamados escores de risco por meio dos quais o risco global é calculado, possibilitando ao clínico quantificar e qualificar o risco individual de seus pacientes, tanto mulheres quanto homens.

A combinação desses diversos escores permite ao clínico uma melhor estimativa de risco, estratificando o risco por etapas: presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes, cálculo do escore de risco, fatores agravantes e estratificação do risco pelo tempo de vida (SIMÃO et. al., 2014, pág. 420). Segundo Giroto et. al. (2009), a análise de vários fatores de risco ao mesmo tempo permite identificar pacientes com alto risco, motivar pacientes para aderir à terapêutica e modular os esforços de redução de risco.

2 JUSTIFICATIVA

“As doenças crônicas não transmissíveis têm-se revelado como causa importante de morte no Brasil, principalmente na área urbana e nas classes menos favorecidas. Estes agravos apresentam inúmeros fatores de risco, cujo controle pode contribuir para o declínio de sua mortalidade” (PICCINI; VICTORA, 1994 apud GIROTTO, 2009 p.77). Dentre as doenças crônicas não transmissíveis estão as doenças do aparelho cardiovascular, entre as quais se destacam o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (CERVATO et al., 1997 apud GIROTTO, 2009, p.77).

Cerca de 80% dos Infartos Agudos do Miocárdio e Acidentes Vasculares Cerebrais prematuros são evitáveis. Dieta saudável, atividade física regular, e cessação do tabagismo são as chaves para a prevenção. A avaliação e controle dos fatores de risco para doença cardíaca e acidente vascular cerebral, tais como hipertensão arterial, dislipidemia e elevação da glicemia ou diabetes também é muito importante (SBC, 2013, p.3).

“O monitoramento da prevalência de FRCV permite a implementação de ações preventivas com maior efetividade” (MALTA; CEZARIO; MOURA, 2006, p. 48).

Entretanto, os fatores de risco comportamentais, como o sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares inadequados, tabagismo e estresse psicoemocional estão relacionados com condições objetivas de oferta, consumo, modismo, representações culturais e relações sociais estabelecidas em sociedade. Nesse sentido, além da prevenção primária e secundária, a promoção da saúde tem se configurado como uma proposta teórica e prática para o enfrentamento da gama de fatores que se configuram no quadro epidemiológico da atualidade com enfoque nas DCV (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, S., 2012, p. 8).

O risco cardiovascular global deve ser calculado nos indivíduos considerados em risco de desenvolver doença aterosclerótica, ou seja, em prevenção primária da doença cardiovascular. Estes indivíduos são os que têm fatores de risco, mas ainda sem doença estabelecida. Os indivíduos com doença aterosclerótica estabelecida são considerados de alto risco e devem ser abordados de forma intensiva, tratando todos os fatores de risco agressivamente. Nos casos considerados de alto risco, o cálculo do risco cardiovascular global não é utilizado para avaliar o grau de risco, uma vez que esse já é conhecido, mas pode ser útil para avaliar o benefício das intervenções terapêuticas usadas, ao permitir comparar um valor prévio de risco com um segundo, obtido após terapêutica. Esses diagnósticos populacionais favorecem estratégias de promoção à saúde com ações que estimulem a manutenção e/ou adoção de hábitos saudáveis que, incorporados na adolescência, podem persistir até a idade adulta. A implementação de propostas de prevenção às DCV depende das características da população. Por isso, levantamentos epidemiológicos são essenciais para o êxito e otimização de programas por permitirem conhecer as especificidades culturais, demográficas e socioeconômicas de cada região (MAFRA; OLIVEIRA, 2008, p. 391-392).

No município de Japaratinga, notamos subnotificações dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos e o número de pacientes com sequelas relacionadas a agravos das doenças cardiovasculares cresce a cada dia. A problemática foi identificada durante as visitas domiciliares, onde se notou grande número de pacientes acamados ou com alguma sequela decorrente de Acidente Vascular Encefálico, bem como de outras Doenças Cardiovasculares.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estratificar o perfil de risco cardiovascular em pacientes adultos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Japaratinga – AL.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Avaliar o risco cardiovascular dos hipertensos e/ou diabéticos através da avaliação dos principais fatores de risco implicados na gênese das doenças cardiovasculares, como, tabagismo, inatividade física, dislipidemias, obesidade, hábito alimentar.
- Capacitar a equipe para identificar pacientes com risco cardiovascular elevado;
- Melhorar o acesso e garantir a qualidade do atendimento destes pacientes;
- Incentivar e apoiar a prática de exercícios físicos;
- Capacitar os pacientes sobre os fatores de risco cardiovasculares e suas possíveis complicações.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção esta fundamentado nos princípios do Método do Planejamento estratégico Situacional – PES, de acordo com Campos et. al.(2010). Inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura sobre as Doenças Cardiovasculares e os fatores de risco implicados na gênese dessas doenças. O plano de intervenção será aplicado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Japaratinga, localizada no município de Japaratinga – AL.

Os usuários envolvidos na intervenção serão todos os pacientes acompanhados no programa HIPERDIA. O primeiro passo do plano de intervenção é a identificação dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos que apresentam outros fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares, como tabagismo, história familiar, dislipidemia associada, obesidade, inatividade física, idade. Os fatores de risco serão investigados durante as consultas, com registro em prontuário para posterior avaliação de risco.

Os pacientes hipertensos e/ou diabéticos, independente do risco, serão convidados para participar de atividades educativas sobre os fatores de risco cardiovasculares e os benefícios na adoção de um hábito de vida saudável. As doenças cardiovasculares também serão abordadas nas atividades educativas, visando à prevenção desses agravos. As palestras serão desenvolvidas e ministradas pela equipe da unidade de saúde, e por profissionais de saúde convidados que possam contribuir positivamente, como psicólogos, nutricionistas, educador físico. Os pacientes identificados com alto risco cardiovascular serão convidados a participar de grupos de apoio, visando promoção à saúde e assim, as possíveis consequências inerentes às doenças cardiovasculares. Os encontros semanais, através dos grupos, permite que esses pacientes sejam acompanhados de maneira mais efetiva.

O perfil cardiovascular dos pacientes cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) será elaborado através dos dados registrados nos prontuários no (2015) desde dados de exames laboratoriais, medida de Pressão Arterial Sistêmica, medida de circunferência abdominal, prática de atividade física, dieta, bem como, dados pessoais, como idade, sexo e escolaridade.

7 Quadro 6: Planilha de Monitoramento e Avaliação dos Pacientes Hipertensos e Diabéticos do Município de Japaratinga – AL.

Indicadores	Valores	Fonte
Hipertensos esperados	784	Estudos
Hipertensos cadastrados	481	SIAB
Hipertensos confirmados	274	Registro da Equipe
Hipertensos acompanhados	274	Registro da Equipe
Diabéticos esperados	297	Estudos
Diabéticos cadastrados	207	SIAB
Diabéticos confirmados	96	Registro da Equipe
Diabéticos acompanhados	96	Registro da Equipe
Complicações de problemas	58	Registro da Equipe

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

Estudos mostram 20% e 7,6% de prevalência, em média, da Hipertensão e do Diabetes Mellitus na população adulta, respectivamente. A tabela acima mostra como essas doenças são subnotificadas, um número bem abaixo do esperado de hipertensos e diabéticos cadastrados no município de Japaratinga. Na Unidade de Saúde de Japaratinga, são atendidos aproximadamente 50 % dos pacientes cadastrados no município. (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006, p. 36). O número de pacientes com sequelas relacionadas a agravos dessas doenças cresce a cada dia. Atualmente, temos em média 30 pacientes acamados e dezenas com alguma seqüela motora, insuficiência cardíaca, entre outras sequelas relacionadas ao Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

“As doenças cardiovasculares compreendem a doença arterial coronariana, o acidente vascular encefálico, a doença arterial periférica, as doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva” (SBC, 2013, p. 2). ‘São atualmente a principal causa de mortalidade em todo o mundo. No Brasil, elas responderam, no último ano, por mais de 30% dos óbitos’ (NUNES FILHO et. al, 2007).

“Dentre as DCV, as cerebrovasculares são a primeira causa de morte no Brasil. A insuficiência cardíaca, por sua vez, é responsável pela maior taxa de hospitalização, enquanto a prevalência da hipertensão arterial (HA), medida a partir da década de 1990 em alguns locais, variou entre 24 e 42%” (LESSA et. al., 2004 p.132).

Para preparar o país, nos próximos dez anos, para enfrentar e deter as doenças crônicas, incluindo as DCV, no final de 2011, foi lançado, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, pág. 30), o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, no período de 2011 a 2022, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos. No Brasil, aproximadamente um terço dos óbitos por DCV ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos (BRASIL, 2012).

Nesta faixa etária, as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas. Ressalte-se que essas causas são em grande parte evitáveis, diante da probabilidade de diminuição da ocorrência dessas mortes, se houver cuidado e tratamento adequado (NOLTE; MCKEE, 2004 apud ISHITANI et al., 2006, p.685)-

“Esses dados reforçam a importância do controle dos fatores de risco para DCV, exigindo a adoção de medidas de promoção e proteção à saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento adequado”. ‘A expressão ‘fatores de risco’ refere-se a um conceito que vem ganhando importância crescente no campo das

patologias cardiovasculares” (GIROTTTO, 2009, p.78). ‘Aproximadamente 80% destes agravos podem ser justificados ou explicados pela presença de fatores de risco intrínsecos (idade, sexo, hereditariedade) ou extrínsecos (dieta, tabagismo, sedentarismo), entre outros, que predis põem o indivíduo a maior risco de ocorrência de DCV’ (PANSANI e.al., 2005; SBC, 2007 apud GIROTTTO et. al. 2009, p.78).

Segundo alguns autores, os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: os não-suscetíveis à modificação, como hereditariedade, idade, raça e sexo, e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos, como hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemias, diabetes, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais e estresse (BLOCH et al., 2006; MAIA et al., 2007; TAVARES, 2000 apud GIROTTTO et al., 2009, p.78).

Quanto maior o número de fatores de risco presentes ou associados, maior será a morbimortalidade cardiovascular. Neste sentido, torna-se importante a identificação de outros fatores de risco em populações com a presença de fatores já instalados, como a hipertensão arterial. Nestes pacientes hipertensos, além do controle adequado dos níveis pressóricos, a identificação e o controle dos demais fatores de risco cardiovasculares são fundamentais para a prevenção de futuros eventos cardiovasculares (GIROTTTO et. al., 2009, p. 78).

A possibilidade de complicações cardiovasculares da doença aterosclerótica não depende apenas de um fator em particular, mas sim da presença concomitante de diversos fatores de risco. O risco cardiovascular global é o risco obtido pela presença e interação de todos os fatores de risco num indivíduo. A presença simultânea de vários fatores de risco tem um efeito sinérgico e multiplicativo. Eles interagem e potenciam-se, pelo que o risco cardiovascular global é muito mais do que a soma do risco dado por cada um dos fatores isolados. (MAFRA, F.; OLIVEIRA, H., 2008, p. 392).

4.2 FATORES DE RISCO

4.2.1 GÊNERO

[...] A baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas por homens, a exemplo da HAS e diabetes *mellitus*, considerando que é menor o seu contato com os serviços de saúde, principalmente no setor público. Já as mulheres, por sua vez, frequentam mais esses serviços, parecem aceitar mais facilmente a doença e com menor custo social [...] (PIRES, 2013, p.30). Após a menopausa o risco para doenças cardíacas entre as mulheres é semelhante ao dos homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

4.2.2 RAÇA

[...]As pessoas de cor/raça negra parecem apresentar um diferencial hereditário na captação celular de sódio e cálcio, atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao e fluxo celular de cálcio, facilitando o aparecimento da HAS[...] (CRUZ e LIMA, 1999 apud PIRES, 2012, p.30).

4.2.3 RENDA FAMILIAR

“No que se refere à renda familiar, embora as DCV afetem todos os grupos populacionais, os resultados são consideravelmente piores para a população mais pobre, devido a maior prevalência de fatores de risco, menor acesso a serviços de triagem e tratamento” (ABEGUNDE et al., 2007; ANDERSON, 2009 apud PIRES, 2013, p.30). ‘[...]Assim, as pessoas mais pobres estão expostas às piores condições de saúde, pois a renda tem relação direta com a expectativa e a qualidade de saúde[...]’ (KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008 apud PIRES, 2013, p.30).

4.2.4 IDADE

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), o fator determinante não modificável mais importante para a doença cardiovascular é a idade. O risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral dobra a cada década após os 55 anos.

“[...]Estudos epidemiológicos apontam que os adultos, em idade mais jovem, apresentam uma clara relação entre FRCV e o desenvolvimento de doença arterial coronária. Esses FRCV tendem a se repetir e a se agravar com o passar dos anos.[...]” (FONSECA et al., 2008; FONSECA; LAURENTI, 2000 apud PIRES, 2013, p.31). ‘[...]A grande maioria desses indivíduos, que adquire FRCV na infância e juventude, não terá um estilo de vida saudável na idade adulta’ (RABELO et al., 1999 apud PIRES, 2013, p.32).

4.2.5 ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

A hereditariedade apresenta-se como fator de risco não modificável, mais especificamente relacionada aos parentes consanguíneos de primeiro grau, que se constitui em forte preditor para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (PIRES, 2013, p.30).

Contudo, [...] embora a história familiar seja preditora para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, a interação das características

genéticas, fatores do meio ambiente e o estilo de vida também contribuiriam para o seu surgimento. Sendo assim, a adoção de um estilo de vida pouco saudável favorece o aparecimento de tais doenças (VAN DER SANDE et al., 2001 apud PIRES 2013, p.33).

4.2.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial é reconhecida como um fator de risco maior para Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Arterial Coronária (DAC), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Insuficiência Renal. Assim, é importante diagnosticar a presença de lesão em órgãos-alvo e a presença de outros fatores de riscos associados. Os pacientes hipertensos com outros fatores de risco e lesões em órgão-alvo devem receber tratamento objetivando o controle desses fatores para a melhora das lesões dos órgãos-alvo, além do tratamento anti-hipertensivo (LIBERMAN, 2007, pág. 18).

O aumento de risco cardiovascular associado à elevação da HAS é contínuo, positivo, consistente e independente de outros fatores de riscos cardiovasculares. Os níveis elevados da pressão arterial aumentam as chances de IAM, falência cardíaca, AVC e doenças renais (SBC, 2013, pág.3).

No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das DCV, com destaque para o AVC e o IAM, as duas maiores causas isoladas de mortes no país. Além disso, a HAS e as doenças relacionadas à elevação da pressão arterial são responsáveis pela alta frequência de internações, em função da lesão vascular dos seus principais órgãos-alvo, como coração, cérebro e rins (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010, p.1).

Dados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) apontam que a HAS atinge 22,7% dos brasileiros adultos e quase 60% da população com mais de 65 anos têm a doença e apenas cerca de 1/3 da população hipertensa tem a doença controlada. Este é um dado preocupante, porque mostra que a HAS ainda tem o controle insatisfatório e configura baixa adesão ao tratamento.

O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular e, embora existam evidências da sua eficácia, tem se verificado que o controle da HAS, de modo geral, apresenta-se pouco satisfatório. O controle pouco eficaz da HAS relaciona-se diretamente à insuficiente adesão dos hipertensos ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse contexto, tais como: idade, sexo, etnia, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, hábitos de vida, crenças em saúde, conhecimentos e atitudes frente ao tratamento (SBC, 2013, pág. 15).

4.2.7 OBESIDADE

“O processo de urbanização ocorrido em muitos países no último século acarretou modificações no estilo de vida da população (adoção de hábitos alimentares inadequados e inatividade física) que favoreceram o crescimento dos níveis de obesidade[...]” (POKIN, 1999 apud ROMANZINI et. al., 2008 pág. 2573)

Este fator de risco tem sido considerado a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido ao aumento da sua incidência. A prevalência de obesidade tem aumentado em todo o mundo e vem se tornando o maior problema de saúde da sociedade moderna atingindo aproximadamente 10% da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). ‘A antropometria é o método mais utilizado no diagnóstico do sobrepeso e da obesidade por ser o mais barato, não invasivo, universalmente aplicável e com boa aceitação pela população. Entre os indicadores antropométricos mais utilizados estão o índice de massa corporal e a circunferência abdominal’. (SBC, 2013, p.15).

Isoladamente, o IMC igual ou superior a 25 kg/m² em pessoas adultas, sem associação a outro fator de risco, é suficiente para atestar um alto risco cardiovascular. Além disso, a morbidade e a mortalidade relacionadas à obesidade aumentam de forma alarmante e exponencial a partir de IMC igual a 30 kg/m²; em pessoas com IMC igual a 35 kg/m² o risco de morte prematura duplica (SBC, 2013, p. 15).

4.2.8 TABAGISMO

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013, p.8), cerca de 50% das mortes evitáveis entre indivíduos fumantes poderiam ser evitadas se esse vício fosse abolido, sendo a maioria por DCVs. O risco relativo de infarto do miocárdio apresenta-se aumentado duas vezes entre os fumantes com idade superior a 60 anos e cinco vezes entre os com idade inferior a 50 anos, se forem comparados com os não fumantes.

Dados estimados pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004) revelam que 1/3 da população mundial adulta é fumante, sendo esse hábito a principal causa de morte evitável no mundo em função de sua atuação como precursor de diversas patologias e sua alta prevalência.

4.2.9 INATIVIDADE FÍSICA

“O indivíduo fisicamente ativo tende a ser mais saudável, com maior qualidade e expectativa de vida. A atividade física, o exercício físico e o esporte

integram a abordagem médica para a prevenção das doenças cardiovasculares” (DCVs) (SBC, 2013, p. 28).

A inatividade física é um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de doença coronariana. Este fator de risco está associado à maior mortalidade por enfermidades cardiovasculares, além de estar relacionado ao sobrepeso e à obesidade. Evidências apontam efeitos benéficos da atividade física também na prevenção do acidente vascular cerebral. A atividade física mais vigorosa e de duração maior possui maiores benefícios, mas mesmo atividades leves ou caminhar conferem um efeito protetor significativo. Existe uma associação positiva entre sedentarismo e a incidência de outros FRCV. ‘[...]A prática regular de atividade física na modalidade moderada a vigorosa reduz significativamente a pressão arterial de repouso em normotensos e adultos hipertensos. Além disso, o risco de desenvolver HAS é maior entre os indivíduos que praticam pouco ou não praticam atividade física[...]’ (BEUNZA et al., 2007; WHELTON et al., 2002 apud PIRES 2013, p.3).

“[...]O hábito de praticar algum tipo de exercício físico também traz benefícios associados à saúde esquelética e ao controle da pressão arterial e da obesidade[...]” (PIRES, 2013,p.38).

4.2.10 HÁBITOS ALIMENTARES

A alimentação inadequada constitui-se também em um importante FRCV. Vários componentes dietéticos estão associados com o aumento da pressão arterial, da obesidade, dos níveis de gordura no sangue (SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2007 apud PIRES, 2013, p.40).

As pessoas que consomem grandes quantidades de gordura têm níveis elevados de colesterol sérico e maior incidência de aterosclerose coronariana e aórtica em relação àqueles que consomem menos gordura. Isto se deve ao fato de que alto consumo de gorduras na dieta frequentemente inclui grandes quantidades de colesterol e gorduras saturadas, os quais resultam em maior risco de desenvolver um perfil aterogênico (SBC, 2013 p. 12).

As recomendações específicas sobre dieta saudável contidas no guia alimentar para a população brasileira, elaborado pelo Ministério da Saúde, propõem a manutenção do equilíbrio energético e o peso saudável e visam limitar a ingestão energética procedente de gorduras. Recomendam ainda substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras

trans; aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões); a redução da ingestão de açúcar livre e o consumo máximo de uma colher (rasa) de café de sal/dia (BRASIL, 2008b, p. 18).

4.2.11 DISLIPIDEMIAS

Podem ser classificadas em primária, de origem genética, ou secundária, causada por outras doenças ou uso de medicamentos. (CARAMELLI; GIULIANO, 2005 apud SBC, 2005).

“Ocorrem devido ao aumento do colesterol total e LDL-C (*lowdensity lipoprotein*), aumento dos níveis de triglicérides, ou de ambos, e/ou redução do HDL -c, sendo classificadas em hipercolesterolemia ou hipertrigliceridemia isolada ou mista, na presença de ambas, ou de HDL-c baixo quando apenas esta fração se encontra diminuída [...]” (PIRES, 2013, p.41). O colesterol elevado pode ser considerado o principal fator de risco modificável da doença arterial coronariana (DAC), e seu controle, principalmente do nível do colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), traz grande benefício na redução de desfechos cardiovasculares como infarto e morte por doença coronariana (SBC, 2013, p. 22).

4.2.12 ESTRESSE PSICOLÓGICO

“O fator psicossocial aumenta a vulnerabilidade às doenças e, assim, a sua avaliação é fundamental para planejar a prevenção de acordo com o perfil de risco individual” (SBC, 2013 p. 31). “[...]Estudos indicam, a respeito da prevalência da HAS, índices maiores nas zonas industriais em comparação com as zonas rurais, o que pode ser explicado pelo estresse decorrente do mundo do trabalho competitivo[...]” (PIRES, 2013, p.42). Contudo ainda há poucas evidências sobre os benefícios de incluir essa avaliação na rotina de atendimento.

4.2.13 DIABETES MELLITUS

“O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é o principal FR de doença macro e microvascular, atingindo principalmente as artérias e arteríolas coronárias, cerebrais, renais e periféricas dos membros inferiores” (GAMA; MUSSI; GUIMARÃES, 2010, p. 651).

No Brasil, dados regionais apontam a prevalência de DM em elevados níveis na população adulta, atingindo até 13,5% em alguns municípios. O controle metabólico de indivíduos com a doença em evolução consiste em um dos maiores desafios dos serviços de saúde pública, por isso o desenvolvimento de programas eficazes e viáveis aos serviços públicos de

saúde para a prevenção primária de DM tipo 2 em população de risco é necessário tanto para o controle de incidência de DM tipo 2 como também para a prevenção secundária de suas complicações metabólicas. Esse tipo de diabetes tem forte impacto na morbidade e mortalidade cardiovascular (SBC, 2013, pág. 25).

[...]A prevalência de diabetes mellitus está aumentando por causa do crescimento e do envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade e sedentarismo. Estima-se que, em 2025, o diabetes atingirá 5,4% da população adulta mundial, visto que, nos países em desenvolvimento, será observado em todas as faixas etárias, com predominância para grupos etários mais jovens (DIRETRIZES..., 2011 apud PIRES, 2013, p.44). 'As medidas de prevenção reduzem significativamente a morbidade e mortalidade por diabetes. De acordo com o Ministério da Saúde' (BRASIL, 2004, apud PIRES, 2013, p.44) 'e a Sociedade Brasileira de Diabetes (2011) apud Pires (2013, p.44-45), a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos já afetados pela doença, visando a prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). 'A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver o diabetes mellitus tipo 2 e tem impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto a de tratar as complicações da doença' (FERREIRA et al., 2005 apud PIRES, 2013, p.45)

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A elaboração da proposta de intervenção será realizada utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado de acordo com CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010).

A execução do plano de ação depende dos profissionais de saúde envolvidos, bem como, da gestão municipal, visto que muitos projetos necessitam de recursos financeiros para custear exames, consultas, medicamentos e material informativo.

Os problemas sugeridos pela equipe de saúde foram avaliados segundo o grau de urgência (0 a 5), relevância (alta, média ou baixa) e capacidade de enfrentamento (dentro, parcialmente ou fora da capacidade de enfrentamento), constituindo o primeiro passo do planejamento. A partir desses critérios, a equipe da Unidade Básica de Saúde Central de Japaratinga decidiu realizar a intervenção sobre o risco cardiovascular, já que a área de abrangência da UBS apresenta um grande número de pacientes acamados por consequência de Acidente Vascular Encefálico ou com sequelas desse, bem como, inúmeros pacientes com história de Doença Coronariana.

8 Quadro 7: Classificação de Prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área adscrita à Equipe de Saúde da Família da UBS Japaratinga.

Principais problemas	Relevância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de Prioridade
Risco Cardiovascular	Alta	4	parcial	1
Gravidez na adolescência	Alta	5	parcial	2
Uso de drogas ilícitas	Alta	4	parcial	3
Uso irracional de benzodiazepínicos	Alta	4	parcial	4

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

Após a priorização dos problemas foi selecionado “Risco Cardiovascular” e em seguida houve a discussão da situação no intuito de descrever a problemática e buscar fatores causais associados à permanência da alta incidência de agravos relacionados com Risco Cardiovascular na comunidade adscrita à equipe de saúde da família da Unidade de Saúde Japaratinga.

Os nós críticos relacionados com o risco cardiovascular, escolhidos pela equipe foram:

1. Uso irregular das medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes;
2. Hábitos e estilos de vida, ou seja, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo.
3. Aspectos psicológicos (problemas familiares, desemprego e violência).
4. Nível de informação (falta de informação sobre a doença e suas consequências).
5. Processo de trabalho da equipe de saúde.

Após elencar os nós-críticos a equipe passou a refletir sobre ações capazes de interferir nesses nós causando grande impacto positivo sobre o problema priorizado. As ações serão descritas no Quadro 3.

9 Quadro 8: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

Nó Crítico	Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Uso irregular das medicações	Uso regular de medicamentos Orientar sobre a importância do uso regular dos medicamentos.	Uso diário das medicações pelos pacientes.	Medicamentos Orientação individual na consulta médica; Capacitação dos ACSs;	Político Financeiro Cognitivo
Hábitos de vida	Mudança do estilo de vida Orientar mudança do	Orientação alimentar. Diminuir número de	Grupos de Apoio. Palestras.	Organizacional Cognitivo Político

	estilo de vida	tabagistas, obesidade e sedentarismo		
Aspectos psicológicos	Mente equilibrada Avaliar aspectos psicológicos envolvidos.	Diminuição de aspectos psicológicos envolvidos, como depressão, ansiedade,	Formação de grupos de apoio; Avaliação psicológica;	Cognitivo Organizacional Político Financeiro
Nível de informação	População mais informada Informar a população sobre o risco cardiovascular	População mais informada	Campanhas educativas, através do contato individual, programas de rádio; Palestras;	Cognitivo Organizacional Político
Processo de trabalho da equipe de saúde	Aprendendo a cuidar Implantar protocolos relacionados ao risco cardiovascular	Identificar população com risco cardiovascular aumentado.	Elaboração de protocolos. Capacitação dos profissionais da equipe.	Político Organizacional

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

A execução do plano de ação depende dos profissionais de saúde envolvidos, bem como, da gestão municipal, visto que muitos projetos necessitam de recursos financeiros para custear exames, consultas, medicamentos e material informativo. Com relação à elaboração do risco cardiovascular dos usuários da Unidade de Japaratinga, foi visto que os profissionais da equipe possuem baixa governabilidade

em relação ao problema escolhido, já que para estratificar o risco cardiovascular, os profissionais envolvidos necessitam de exames e de consultas especializadas. Os recursos destinados para execução do projeto são oriundos da Secretaria Municipal de Saúde, considerada “ator que controla”, que mostra motivação favorável para execução do projeto, já que esse visa mudar a situação e assistência de saúde no município.

10 Quadro 9: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

Projeto	
Uso regular de medicamentos	Político: articulação intersetorial, realização de licitação. Financeiro: aumentar oferta de medicamentos. Cognitivo: orientação sobre o uso dos medicamentos
Mudança do estilo de vida	Organizacional: mobilização social para questões como sedentarismo, alimentação adequada, tabagismo. Cognitivo: elaboração de palestras. Político; Articulação intersetorial e aprovação de projetos
Mente equilibrada	Organizacional: referência e contra-referência Financeiro: financiamento de consultas com especialistas
População mais informada	Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração de projetos/ações. Organizacional: articulação entre profissionais Político: estruturação das unidades de saúde Financeiro: financiamento de campanhas.
Aprendendo a cuidar	Político: capacitação dos profissionais Organizacional: referência e contra-referência Cognitivo: elaboração de protocolos.

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

11 Quadro 10: Nó crítico 1 - Uso irregular das medicações.

Nó crítico	Uso irregular das medicações.
Projeto	Ação Educativa.
Intervenção	Palestra educativa com a equipe da UBS.
Resultados esperados	Estimular o uso regular das medicações anti-hipertensivas, hipoglicemiantes e para controle de dislipidemias.
Prazo	Janeiro/2016
Responsáveis	Equipe da UBS

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

12 Quadro 11: Nó crítico 2 – Hábitos de Vida.

Nó crítico	Hábitos de Vida.
Projeto	Ação Educativa/ Grupos de Apoio.
Intervenção	Palestra educativa com a equipe da UBS.
Resultados esperados	Estimular a adoção de um estilo de vida saudável, através de orientação dietética, sobre atividade física, controle de tabagismo
Prazo	Janeiro/2016
Responsáveis	Equipe da UBS

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

13 Quadro 12: Nó crítico 3 – Aspectos psicológicos.

Nó crítico	Aspectos psicológicos.
Projeto	Grupo de Apoio.
Intervenção	Reuniões semanais com a equipe de saúde da família e reuniões mensais com profissionais de equipe multidisciplinar.
Resultados esperados	Suporte psicológico contínuo para os usuários.
Prazo	Janeiro/2016
Responsáveis	Equipe da UBS

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

14 Quadro 13: Nó crítico 4 – Nível de informação.

Nó crítico	Nível de informação.
Projeto	Campanhas educativas/ Grupos de Apoio.
Intervenção	Elaboração de campanhas educativas para todos os usuários da UBS, para diminuir a incidência das doenças cardiovasculares.
Resultados esperados	Suporte continuado facilitando a educação em saúde.
Prazo	Janeiro/2016
Responsáveis	Equipe da UBS

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

15 Quadro 14: Nó crítico 5 – Processo de trabalho da equipe de saúde.

Nó crítico	Processo de trabalho da equipe de saúde.
Projeto	Implantar protocolos relacionados ao risco cardiovascular
Intervenção	Elaboração de protocolos. Capacitação dos profissionais da equipe.
Resultados esperados	Identificar os usuários com risco cardiovascular.
Prazo	Janeiro/2016
Responsáveis	Equipe da UBS

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Atenção Básica a utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade é fundamental para potencializar a efetividade das ações a serem tomadas. O diagnóstico situacional em saúde é uma ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo obtendo informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos. Na comunidade atendida pela equipe da estratégia saúde da família 01 de Japaratinga o processo de diagnóstico situacional e priorização de problemas de maior relevância e impacto na sociedade foi iniciado. A equipe está atuando de forma a compreender a complexa rede de determinantes sociais relacionadas ao Risco Cardiovascular e seus agravos, buscando entre causas e consequências, a melhor maneira de atuar no objetivo de minimizar a ocorrência de tal situação adversa da população assistida pela Equipe de Saúde da Família do Posto Central de Japaratinga.

O Curso de Especialização em Saúde da Família foi muito importante para trazer conhecimento técnico e possibilitar a vivência na Unidade de Saúde da Família. Todos os tópicos abordados foram fundamentais para o desenvolvimento do trabalho junto à comunidade do município de Japaratinga.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v.101, n.6, Supl. 2, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf. Data de acesso: 20 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promoção promovendo a Alimentação Saudável**. Brasília, 2008b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. DATASUS. Informações em Saúde. **Morbidade e informações epidemiológicas**, 2012. Disponível em: <url:http://www.datasus.gov.br>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso De Especialização Em Atenção Básica em Saúde da Família**, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

DATASUS, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF> Data de acesso: 20 de novembro de 2015.

GAMA, G. G. G.; MUSSI, F. C.; GUIMARÃES, A. C. Revisando os fatores de risco cardiovascular. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a25.pdf> Data de acesso: 15 de dezembro de 2015.

GIROTTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; RIDÃO, E.G. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em

unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum**. Health Sciences Maringá, v. 31, n. 1, p. 77-82, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226624012>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?** As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0765.pdf> Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

IBGE. Banco de Dados Agregados. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 dezembro 2015.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2012.

ISHITANI, L.H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 684-691, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/19.pdf>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

LESSA, I.; et. al., Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2004; 16(2):131–7. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v16n2/22248.pdf>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Rev Bras Hipertens** vol.14(1): 17-20, 2007. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-1/05-aspectos-epidemiologicos.pdf>. Data do acesso: 15 de dezembro de 2015.

MAFRA, F.; OLIVEIRA, H. Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. **Rev Port Clin Geral** 24:391-400, 2008. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/avaliacao-risco-cardiovascular.html>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

MALTA, D.C.; CEZARIO, A.C.; MOURA, L. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf> Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

NUNES et. al., Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq Bras Cardiol**, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n5/07.pdf> Data de acesso: 25 de janeiro de 2016.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D; BARRETO, S. M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol. 15, 2006. Disponível em: http://www.elsa.org.br/downloads/Artigos%20em%20PDF/hipertensao_arterial_estimativas_de_prevalencia_Valeria_Azeredo.pdf Data do acesso: 15 de dezembro de 2015.

PIRES, C. G. S. **Fatores de risco cardiovascular entre graduanda(o)s de enfermagem do primeiro e último anos letivos.** Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11768/1/Tese_Enf_CI%C3%A1udia%20Pires.pdf. Data de acesso: 20 de dezembro de 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas>. Acesso em: 20 dezembro 2015.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. **A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 7-17, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

ROMANZINI, M.; et. al., **Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(11):2573-2581, nov, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/12.pdf>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz Brasileira de Prevenção da Aterosclerose na infância e na adolescência.** Arq Bras Cardiol v. 85, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v85s6/v85s6a01.pdf> Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular,** Arq Bras Cardiol v. 101, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf Data de acesso: 15 de dezembro de 2015.

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** Arquivos Brasileiros Cardiologia, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf> Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

SEPLANDE. Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento Econômico do Estado de Alagoas. **Perfil Municipal de Japaratinga 2012.** Disponível em: http://informacao.seplande.al.gov.br/perfil-municipal/relatorios/Municipal_Japaratinga_2012.pdf. Acesso em: 20 de dezembro 2015.

SIMÃO, A. F.; et. al., **I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia** – Resumo Executivo. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) – Brasil Arq Bras Cardiol. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n5/0066-782X-abc-102-05-0420.pdf>. Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Rev. bras. hipert.,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 69 p., 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.

TORRES, K.P. **Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes da cidade de Natal-RN.** Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em ciências da saúde. Centro de ciências da saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: http://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/18541/1/KerginaldoPT_TESE.pdf, Data de acesso: 20 de novembro de 2015.

WHO (World Health organization). **What can I to avoid a heart attack or stroke?** Disponível em <http://www.who.int/features/qa/27/en/>. Data de acesso: 10 de setembro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health.** Commission on Social Determinants of Health, final report. Geneva, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf Data de acesso: 10 de dezembro de 2015.