

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

**SAMUEL BINET LEON**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMILIA SÃO JOSÉ DA LAGOA. CURVELO, MINAS GERAIS.**

**CURVELO – MINAS GERAIS**

**2016**

**SAMUEL BINET LEÓN**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMILIA SÃO JOSÉ DA LAGOA. CURVELO, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Ms.Eulita Maria Barcelos

**CURVELO – MINAS GERAIS**

**2016**

**SAMUEL BINET LEÓN**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA COMUNIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA SÃO JOSÉ DA LAGOA. CURVELO, MINAS GERAIS.**

Banca Examinadora

Prof. Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Prof. Ms. Maria Dolores Soares Madureira (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte...

## **DEDICATÓRIA**

A minha mãe brasileira Deodata de Souza Cesar, a meus irmãos em Cuba, a o povo brasileiro da comunidade São José da Lagoa.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao povo brasileiro da comunidade São José da Lagoa para o qual trabalho desde que cheguei neste país.

A minha equipe de saúde ESF São José da Lagoa, por sua ajuda e dedicação.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no mundo inteiro, gerando elevado custo médico e social principalmente por suas complicações como na doença cerebrovascular, na doença arterial coronariana, na insuficiência cardíaca, na insuficiência renal crônica, na retinopatia hipertensiva e na insuficiência vascular periférica. Diante do exposto na literatura sobre a gravidade que está exposta os pacientes hipertensos confrontados pela alta prevalência de hipertensão arterial encontrada na área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família São José da Lagoa do Município de Curvelo, Minas Gerais, a equipe muito preocupada decidiu elaborar uma proposta de intervenção com o objetivo de diminuir os riscos cardiovasculares. O trabalho foi elaborado em 03 etapas: diagnóstico situacional para conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas, na segunda etapa após a priorização do problema foi realizada de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema para subsidiar a elaboração da revisão de literatura e finalmente a elaboração do projeto seguindo os passos preconizados no planejamento estratégico situacional.

Palavras-chave: Hipertensão. Riscos cardiovasculares. Doenças cardiovasculares. Promoção de saúde.

## **ABSTRACT**

Hypertension (SAH) is a disease that represents one of the biggest problems in public health worldwide, generating high medical and social cost for his complications as in cerebrovascular disease, coronary artery disease, heart failure, chronic kidney insufficiency, in hypertensive retinopathy and peripheral vascular insufficiency. Before the exposed in the literature about gravity that is exposed the hypertensive patients confronted by the high prevalence of hypertension found in the area covered by the family health strategy of São José da Lagoa do Município de Curvelo, Minas Gerais, the team very concerned decided to draw up a proposal for intervention with the goal of decreasing the cardiovascular risks. The work was elaborated in 03 steps: Situational diagnosis to know the current situation, seeking to identify, prioritize, and analyze the problems on the second time after the prioritization of problem was carried out a review of the literature on the topic narrative to subsidize the development of the literature review and finally the preparation of the project following the steps recommended in the situational strategic planning.

Keywords: Hypertension. Cardiovascular risk. Cardiovascular diseases. Heath promotion.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABS</b>	Área Básica de Saúde
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>COPASA</b>	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
<b>DIC</b>	Doença Isquêmica Cardíaca
<b>DCV</b>	Doenças Cardiovasculares
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FR</b>	Fatores de Risco
<b>FRDCV</b>	Fatores de Risco de Doenças Cardiovasculares
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IEF</b>	Instituto Estadual de Florestas
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TFD</b>	Tratamento Fora de Domicílio
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVO.....	17
4. METODOLOGIA.....	18
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) Curvelo foi fundada há mais de 250 anos pelo Padre Redentorista Ávila Curvelo. O povoamento da região, em torno da capela, por viajantes vindos do Rio de Janeiro ou de Piratininga com destino à Bahia. Foram formados sítios de lavouras e criação de gado, nos limites do futuro Julgado do Papagaio, feita pelos primeiros habitantes, (portugueses e baianos).

Em 1714 o lugarejo fora denominado "Santo Antônio da Estrada". Seis anos depois se criou o Distrito de Curvelo. Anos depois, Curvelo é elevada a categoria de Vila. Foi evoluindo e nos anos subsequentes deu-se início a fase da cultura algodoeira e o início da industrialização do lugarejo. Curvelo foi elevada à categoria de cidade em 1875. Com o passar dos anos Curvelo perde partes de sua área geográfica do território do Curato de Taboleiro Grande, anexado ao Município de Sete Lagoas, território de Pirapora, Distritos de Inimutaba, Morro da Garça e Presidente Juscelino. Sofreu muitas divisões territoriais. Na divisão territorial de 2007, o município é constituído de 5 distritos: Curvelo, Angueretá, JK, Santa Rita do Cedro, Tomaz Gonzaga, assim permanecendo até os dias de hoje (IBGE, 2010).

Segundo a Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) é a cidade-mãe de muitos distritos, hoje emancipados e que são limítrofes, tais como Morro da Garça, Inimutaba, Presidente Juscelino e Santana de Pirapama. É também o berço da fabricação de uma das mais elegantes facas brasileiras, denominada "Curvelana" e que teria surgido por volta de 1880-1890.

Contextualizando, Curvelo é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, conhecido também como Capital do Forró e Capital da Alegria. Sua população estimada em 2013 era de 77.824 habitantes. Encontra-se situado na mesorregião central de Minas Gerais, com uma área de 3.306,1 km<sup>2</sup>, distante aproximadamente 170 km da capital mineira. Tem localização privilegiada numa região servida por importantes sistemas rodoviários, onde se destaca a rodovia BR-

040 que faz ligação entre Brasília, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, a BR-135 (Trajeto Rio/Bahia) e BR-259 (Acesso à Diamantina). Localizado entre as bacias do rio São Francisco, rio das Velhas, rio Paraopeba, Cipó e Bicudo, o município é cortado por diversos ribeirões que deságuam nestes rios. Os mais importantes são Maquiné, Picão, Almas, Meleiros, Santo Antônio e Riacho Fundo (IBGE, 2013).

Possui reservas minerais de Ardósia, Calcário, Zinco, Cristais e Quartzo.

A vegetação original é o cerrado com faixas de Mata Atlântica, modificado pela expansão das pastagens e principalmente pelo aumento constante de ocupação de suas áreas para a plantação de eucaliptos. Segundo o Instituto Estadual de Florestas (IEF), a cidade de Curvelo é um das mais arborizadas do estado, onde predominam espécies como Sibipiruna e Oiti. A maior parte das árvores da avenida principal tem mais de 60 anos. Na regionalização do sertão/cerrado a população de toda a região conta com uma gama de frutos típicos do cerrado entre os principais (Pequi, Araticum, Gabiroba, Jatobá, Buriti, Mangaba, Cagaita, Murici). Estes frutos nativos as castanhas e sementes fazem parte da rotina alimentar de consumidores que optam por uma alimentação saudável e com benefícios à saúde. Ocupando lugar de destaque no ecossistema do cerrado e seus frutos já são comercializados em feiras da região e com grande aceitação popular (ART. CURVELO. 2014/04)

Em relação ao sistema de saúde o município conta com dezenove equipes de ABS, sendo doze com modalidade de saúde bucal I, dois hospitais municipais Hospital Municipal Santo Antônio e Hospital da Imaculada Conceição, contando com equipamento de RX, eletrocardiógrafo, ultrassonografia e tomografia, um Pronto Socorro municipal com plantonista 24 horas, cinco laboratórios municipais, um centro de Saúde onde funcionam: TFD (Tratamento Fora do Domicílio), Secretaria Municipal de Saúde, Faturamento, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, um Núcleo de Saúde Mental, e uma equipe de NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) (SIAB, 2004).

Funcionam 19 equipes de Saúde da Família, abrangendo as áreas urbanas e rurais e desenvolvendo todos os programas básicos como o Controle de Tuberculose, Programa de Combate a Hanseníase, Controle de hipertensão, Controle de diabetes Mellitus, Ações de saúde bucal, Ações de saúde da criança, Ações da saúde da

mulher, Saúde do idoso, Saúde do trabalhador, Saúde do adolescente, Ações de saneamento e Meio ambiente e Sistemas de Informação/ Vigilância Epidemiológica/ Vigilância Sanitária.

As 19 equipes cobrem um total de 97,19% da população do município e a partir de uma reestruturação destas equipes espera-se atingir os 100% de cobertura.

Em relação aos recursos financeiros da saúde são movimentados por meio de fundos contábeis, cabendo à direção do SUS em cada esfera de governo a sua movimentação. De acordo com a Constituição Federal, os municípios são obrigados a destinar 15% do que arrecadam em ações de saúde. Os recursos orçamentários correm por conta do orçamento do Ministério da Saúde.

#### 1.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência da E.S.F. São José da Lagoa.

A equipe de saúde da família de E.S.F. São José da Lagoa realizou o diagnóstico situacional que possibilitou levantar inúmeros dados sobre sua área de abrangência. A Unidade básica de Saúde foi inaugurada no dia 22 de junho de 1986, com o nome de Coronel José Júlio Mascarenhas, está localizada na Rua Plaza São José, número 318, Distrito São José da Lagoa, no município Curvelo com fácil acesso no município mesmo pela rodovia BR- 40.

Tem uma boa estrutura física, uma sala de espera para os pacientes, uma sala de curativos, uma sala de vacina, recepção, escritório de gerenciamento, sala de consulta do médico, sala de consulta de enfermeira, local de reuniões e espaço para agentes comunitários de saúde, cozinha, um banheiro e sala de odontologia. Todas as áreas são utilizadas. A equipe tem todas as condições estruturais para a realização de um bom trabalho. Em relação aos aspectos demográficos possui 4210 habitantes, sendo que 2149 são homens e 2061 são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

**Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência do E.S.F. São José da Lagoa, 2015.**

Faixa etária	Número	%
Menos de 1 ano	43	0,52%
1 a 4	228	4,87%
5a 9	320	6,69%
10 a 14	408	7,65%

15 a 19	413	7,60%
20 a 49	1878	48,90%
50 a 59	425	10,67%
60 anos e +	495	13,10%
TOTAL	4210	100%

Fonte: SIAB

A tabela acima mostra que o número de adultos predomina com 2303 indivíduos (59,57%) ultrapassa a metade da população, sendo que a faixa etária predominante é de 20 a 49 anos, vindo depois crianças e adolescentes num total de 1412. Os idosos são 495, ou seja, 13,10%. Pode-se considerar uma população jovem, na faixa produtiva e reprodutiva.

Quanto aos aspectos ambientais, o saneamento público faz parte da política geral em defesa do meio ambiente. As autoridades locais das concessionárias desempenham a responsabilidade de prover água a comunidade com qualidade adequada. Os serviços de água estão a cargo da COPASA, atendendo a 96% da população e os serviços de esgoto são administrados pela Prefeitura Municipal com atendimento de 85% da população urbana e 25% da população rural.

A coleta de lixo é feita diariamente. O volume diário transportado é de 20 m<sup>3</sup> de lixo. Todo lixo coletado é encaminhado a Usina de Reciclagem e com postagem, localizada a 4,3Km do centro da cidade. Foi implantado um sistema de coleta na zona rural, onde os caminhões buscam o lixo de acordo com cronograma definido mensalmente, o que tem facilitado o descarte de material dos agricultores e sitiantes.

Abordando os aspectos socioeconômicos a população empregada vive basicamente do trabalho na educação, saúde, empresas do serviço, artesanato, da agricultura, com destaque também, da prestação de serviços e da economia informal.

A situação social da área de saúde é adequada e o índice delitivo é baixo. É uma população trabalhadora com muitos pacientes idosos. Tem um nível educacional médio para acima. Temos assistentes sociais que visitam os pacientes com problemas econômicos para garantir uma melhora do nível de vida.

Quanto ao sistema de comunicação a área de abrangência possui estrutura telefônica fornecida pelas concessionárias OI, TIM, VIVO e CLARO, tem uma rádio FM- Rádio Centro de Minas, televisão, recepção da Rede Globo (Rio de Janeiro), Sede globo (Montes Claros) e Sistema Brasileiro de Televisão-SBT (São Paulo).

O município conta hoje com 06 agências bancária Banco do Brasil, ITAU, Santander, Caixa Econômica Federal, Crefisa e Bradesco, além de contar com a movimentação financeira pela Loteria conjugada com a Caixa Econômica Federal e na agência de Correio com o Banco do Brasil.

A equipe de saúde da E.S.F. São José da Lagoa é composto por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma auxiliar de limpeza, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um médico, um dentista e uma técnica em saúde bucal. Trabalham 40 horas por semana de segunda a sexta feira das 7:00 as 17:00 horas.

Dentro das principais morbidades de nossa área podemos mencionar as doenças respiratórias do trato superior, doenças cardiovasculares principalmente a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e doenças como a ansiedade, a insônia entre outras.

As principais causas de óbito durante o ano 2014 foram as doenças cardiovasculares com 17 casos, as doenças respiratórias com 12 casos e as neoplasias com 11 casos.

Durante o ano 2014 foram realizadas 3731 consultas médicas, 2513 controles de HAS, 501 pacientes com Diabetes Mellitus, 114 puericulturas e 82 consultas de pré-natal. Atendimentos de enfermagem num total de 221.

Nossa Equipe de Saúde atende na área de abrangência 4210 pacientes desses 571 apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica, (HAS) todos são acompanhados pela equipe.

As principais causas das doenças cardiovasculares incluem fatores de risco cardiovasculares predisponentes, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

A hipertensão arterial sistêmica, como principal doença, apresenta uma alta prevalência e baixas taxas de controle sendo preocupação para todos, considerado o principal fator de risco para complicações tais como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal Crônica (BRASIL, 2006).

Consideramos que o fato de haver um grande número de pessoas com doenças cardiovasculares pode ser justificado por vários fatores de risco: história familiar precoce de DIC, obesidade - principalmente a do tipo central, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais, além disso, a falta de informações sobre as doenças cardiovasculares, sua condição hereditária, dificuldades nas mudanças do estilo de vida incluindo a alimentação não saudável, falta de atividade física e hábitos tóxicos como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

O trabalho em um território adstrito é desenvolver ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades da população. Com a aproximação dos profissionais com as famílias é permitido promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da coo responsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local (Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família).

A equipe de Saúde, por meio de abordagens cotidianas e constantes, realiza o cadastramento da população, orientações e encaminhamentos. Assim buscam vincular as pessoas em situação de rua aos serviços do SUS, para possibilitar oportunidades de recuperação física, psíquica e social e uma atenção integral. (Estratégia da saúde da família especial- atendimento a pessoas de vulnerabilidade social)

## 2 JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.9) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, “sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes e 50% dos casos de insuficiência renal terminal”.

Diante do exposto na literatura da gravidade que estão expostos os pacientes hipertensos confrontados pela alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade com um total de 571 hipertensos, pelo grande número de pacientes com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências, a equipe muito preocupada com níveis pressóricos altos não controlados e pelo risco aumentado de suas complicações, decidiu elaborar um projeto de intervenção que fosse capaz de diminuir os fatores de risco cardiovasculares.

Considerou que no nível local têm-se recursos humanos e materiais necessários, portanto o projeto é viável.



### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção para diminuição de riscos cardiovasculares na ESF São José da Lagoa do Município de Curvelo, Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

Inicialmente equipe do ESF. São José da Lagoa realizou o diagnóstico situacional para conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas. Posteriormente todos os dados foram analisados, identificados os problemas e priorizado aquele que mais prejuízo trazia para a população e preocupação para a equipe. Diante disso foi necessário realizar uma revisão narrativa da literatura sobre o tema para subsidiar a elaboração da revisão de literatura. Os *sites de busca foram usados o Scientific Electronic Library Online (SciELO), o Google scholar, a Biblioteca Virtual da UFMG, das sociedades de Hipertensão e Cardiologia, portal do MS, IBGE, notícias locais e nacionais, site da prefeitura local e informação pessoal dos agentes de saúde locais* sobre o assunto.

Depois para trabalhar na elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado, e criar estratégias, analisar e construir viabilidades para as propostas de solução foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação da Metodologia e Textos Científicos e seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação em Ações de Saúde, utilizada no Curso de especialização. Segundo Campos; Farias e Santos (2010) este método transcorre em quatro momentos:

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

Estes momentos são compostos por 10 passos que foram seguidos elaboração do projeto de intervenção.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

“A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, aumento do risco de eventos cardiovasculares” (MENDES, 2012 *apud* LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013, p.25).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20% a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos. Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO *apud* LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013,p.25).

Kelley; kelley (2000) citado por Duarte (2015, p.18) Consideram que

[...] A HAS é considerada uma doença de alta prevalência e baixa taxa de controle. No Brasil esta relacionada as elevadas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares. Em todo mundo registra-se a associação entre a elevação de PA e o aumento da mortalidade, tendo sido citada como responsável por mais de 7,6 milhões de mortes no ano 2001.

Os fatores de risco para hipertensão estão ligados a condições endógenas ou estilo de vida que aumentam a chance de desenvolver e morrer de complicações da doença, modificação do estilo de vida reduz a pressão sanguínea, aumenta a eficácia de fármacos anti-hipertensivos e reduz o risco cardiovascular ((LINHA GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013).

Cipullo *et al.* (2010,sp) “a hipertensão arterial é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cérebro vascular e a terceira causa de invalidez”-

Segundo a Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (2013,p.25) “a HAS, como principal doença provocada por

fatores de risco cardiovasculares, é uma condição clínica decorrente de fatores genéticos, em geral associados a alterações de estilo de vida e a fatores socioeconômicos”.

Os fatores de risco das doenças cardiovasculares (FRDCV) existem os não modificáveis: idade crescente, histórico familiar, sexo masculino e raça (LINHA GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013).

Em relação aos fatores genéticos a Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, (2013) aborda que existe uma contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS que está bem demarcada na população, mas não pode confirmar se até o momento, se existem variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS.

Idade: a prevalência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos. pois o avançar da idade pode contribuir para o aparecimento de fatores de risco não modificáveis e complicações a curto e longo prazo para as DCV (LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013) .

Segundo a Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (2013.p,25) aborda que o gênero “masculino apresenta maior prevalência de HAS que mulheres até os 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, as mulheres apresentam significativo incremento na prevalência de HAS”. E em relação a etnia a hipertensão arterial sistólica é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, especialmente nas mulheres. Com relação aos fatores de risco cardiovasculares, verifica-se um predomínio de estudos que referem o sexo masculino como um achado esperado, tendo em vista que os homens apresentam alterações cardíacas mais precocemente que as mulheres, o que favorece o surgimento de complicações, como doença arterial coronariana (LIMA, 2006).

Os fatores modificáveis: tabagismo, sedentarismo, diabetes Mellitus, obesidade, hipertensão arterial sistêmica hiperlipidêmica, estresse excessivo, fatores trombogênicos e etilistas. Esses fatores podem predispor as doenças cardiovasculares (DCV). Entretanto, os fatores de risco que foram estabelecidos de terem maior probabilidade de ocorrer DCV são o tabagismo, hipertensão arterial, as dislipidemias e o diabetes Mellitus (DM) e a obesidade total e central e o sedentarismo também se associam positivamente com o risco de desenvolver DCV ( FERNANDES *et al.*, 2008)

Diversos fatores estão relacionados ao elevado risco cardiovascular, sendo assim, quanto maior o número de fatores de risco presente, maior será a probabilidade de apresentar um evento cardiovascular. Da mesma forma, quanto melhor o controle dos hábitos de vida, com redução do número de fatores modificáveis associados, maior é a redução deste risco (FERNANDES *et al.*, 2008).

O tabagismo é um dos fatores de risco mais comumente implicado e prontamente modificável para a doença da artéria coronária e a incidência dos fumantes é aproximadamente duas vezes a incidência dos não fumantes. Sabe-se que os fatores de risco têm ligação direta com o estilo de vida das pessoas, uma vez que, são classificados pela extensão em que eles podem ser modificados através da mudança do estilo de vida da pessoa ou da modificação dos comportamentos pessoais. (FERNANDES *et al.*, 2008).

Sobrepeso e obesidade: o excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de HAS desde idades jovens, a definição de obesidade adotará os critérios da OMS, que classifica como indivíduos normais aqueles com índice de massa corporal (IMC) entre 20 e 24,9; como sobrepeso, indivíduos com IMC entre 25 e 29,9 e, como obesos estágios 1,2 e 3, aqueles com IMC respectivamente iguais a 30-34,9, 35-39, 9 e igual ou superior a 40 segundo segundo a Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (2013)

Ingestão de sal: ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada ao desenvolvimento de HAS. Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS em 15 anos, quando comparados àqueles com baixa sensibilidade. A população brasileira

apresenta padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. O efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido bem demonstrado. Recomenda-se a redução do consumo de cloreto de sódio para 5-6 g ao dia como forma de prevenção de HAS, segundo a Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (2013).

Para Magalhães *et al.* (2014) o consumo elevado e frequente de álcool está associado ao aumento da pressão arterial, desregulação de lipídios e triglicerídeos e maior risco de infarto do miocárdio e doenças cerebrovasculares. O álcool também eleva a frequência cardíaca de consumidores eventuais, aumentando o desgaste cardíaco em repouso e o consumo energético pelo miocárdio.

Com relação ao sedentarismo, Ferreira Filho *et al.*(2007) definem como a ausência de esforço físico no trabalho ou no lazer. A Sociedade Brasileira Hipertensão e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), corroboram-se com estudiosos, que referem à importância da prática de exercícios físicos com finalidade de evitar o surgimento de PA, pois além de melhorar a qualidade de vida do paciente, aumenta as taxas do colesterol HDL e diminui o sobrepeso. A atividade física regular reduz a incidência de HAS, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (DCV), mesmo em indivíduos pré hipertensos (LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013).

5.1 Estratégias para minimizar os fatores de risco: tratamento não medicamentoso, abordagem multiprofissional e prevenção primária.

Os hábitos de vida da sociedade moderna, caracterizados pelo elevado consumo de dietas desbalanceadas e reduzida prática de exercícios físicos, têm trazido numerosas implicações para a saúde da população, com aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, DM, resistência insulínica (RI) e síndrome metabólica (COSTA *et al.*,2011).

Visando à prevenção da ocorrência de complicações associadas a hipertensão arterial na literatura encontra-se algumas recomendações preventivas.

Neste sentido a Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, (2013) e Magalhães *et al.* (2014) depois do diagnóstico de acordo com a avaliação clínica o médico vai prescrever o tratamento medicamentoso ou tratamento não medicamentoso de acordo com as condições do paciente. O tratamento não medicamentoso constitui medida fundamental na abordagem da HAS, uma vez que sua indicação é eficaz na prevenção e no tratamento da HAS, além de potencializar o tratamento medicamentoso. As ações preventivas da HAS têm impacto na melhoria da qualidade de vida e no controle dos custos gerados pelo tratamento da hipertensão e de suas complicações. Elas tem a finalidade de estimular as mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição individual e coletiva aos fatores de risco implicados no surgimento da HAS.

É imprescindível e necessário o trabalho em equipe multidisciplinar inserindo na equipe da ESF os profissionais do NASF, que possam contribuir para o alcance dos objetivos do grupo. É papel dessas equipes estimular e/ou implementar o tratamento não farmacológico isolado ou associado ao tratamento farmacológico.

Deve-se lembrar, ainda, a importância do exercício físico, como medida associada de promoção da saúde ao controle dos fatores de risco, respeitando as limitações próprias da idade, uma vez que qualquer redução do risco tem importante repercussão na morbimortalidade.

Para as doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes como diabetes e câncer as quais compartilham vários fatores de risco com as DCV, propõe-se uma abordagem de prevenção e controle integrados, em todas as idades, baseada na redução dos seguintes fatores como: hipertensão arterial, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, falta de atividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia (MAGALHÃES *et al.*, 2014).

Atualmente, para Magalhães *et al.*(2014,p 398)

[...] as transformações no ambiente da atenção à saúde exigem o uso de estratégias de educação em saúde, de forma que os indivíduos tenham a capacidade de atender as suas necessidades. Uma educação para a saúde eficaz volta-se para o bem estar das pessoas e das comunidades e

transcorre por processos de ensino e aprendizagem “( MAGALHÃES *et al.* 2014,sp).

O ensino com ênfase na educação para saúde tem origem, em parte, do direito das pessoas terem acesso a uma atenção a saúde compreensiva, possibilitando o surgimento de um público informado que questiona mais significativamente sobre saúde e sobre os serviços de atenção a saúde que recebem. E, com o avanço das novas terapêuticas, as pessoas necessitam adotar comportamentos mais conscientes (SMELTZER; BARE,2009)

Costa *et al.*(2011) refere à importância de uma prática profissional, utilizando atividades educativas com base na comunicação, favorecendo a sensibilização e a emancipação do trabalhador, uma vez que a educação em saúde possibilita a criação do vínculo profissional-paciente, reafirmando condições para modificações comportamentais e a redução ou extinção dos fatores de risco.



## **6 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 PLANOS DE AÇÃO**

Para elaborar um plano de ação é muito importante conhecer a realidade de área de abrangência e seus problemas prioritários. O conhecimento do problema a ser enfrentado é o primeiro passo, conhecendo suas causas e a inter-relação que existe entre eles facilita a sua resolução. O plano de ação é uma ferramenta que é utilizada para facilitar e obter sucesso na resolução das causas que ocasionam o problema, ou seja, soluciona o problema com êxito.

Todo método de planejamento apresenta etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo (CARDOSO *et al.*, 2008).

Portanto, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, é necessário que realize a construção do plano de ação.

#### **➤ Primeiro Passo: Identificação dos problemas**

Depois de realizada a discussão de diagnóstico situacional com nossa equipe de saúde foi feita uma lista com os principais problemas de saúde da área de abrangência. Os problemas identificados na área de abrangência da ESF de São José da Lagoa foram:

- Alto índice de pacientes hipertensos
- Pouca prática de atividade física pela população.
- Elevado consumo de bebidas alcoólicas e tabaco.

- Elevado uso de Psicofarmacos pela população.
- Aumento do consumo de lipídios e gorduras na população.
- Alto índice de fatores de risco cardiovasculares e pouco conhecimento sobre eles.
- Pouca quantidade de vagas em especialidades médicas.

### **Segundo Passo: Priorização dos problemas**

Segundo Campos; Faria e Santos, (2010) todos os problemas precisam ser priorizados. É necessário a equipe reunir e analisar todos os problemas para verificar qual que traz mais prejuízo para a saúde da comunidade. Para a análise e seleção devem ser utilizados os critérios: importância, capacidade de enfrentamento, urgência e a seleção numérica na ordem de prioridade.

Esta priorização é muito importante porque a equipe de saúde nem sempre tem condições financeiras e recursos humanos disponíveis para enfrentar todos os problemas ao mesmo tempo.

### **Quadro 1- Priorização dos problemas da área de abrangência da equipe da ESF de São José da Lagoa**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de fatores de riscos cardiovasculares e pouco conhecimento sobre eles.	Alta	1	Parcial	1
Alto índice de pacientes hipertensos	Alta	2	Parcial	1
Aumento do consumo de lipídios e gorduras na população.	Alta	3	Parcial	4

Pouca prática de atividade física pela população.	Alta	5	Parcial	3
Elevado consumo de bebidas alcoólicas e tabaco	Alta	6	Parcial	5
Elevado uso de Psicofarmacos pela população	Baixa	7	Parcial	7
Pouca quantidade de vagas em especialidades médicas	Baixa	8	Parcial	6

Fonte: autoria própria

### **Terceiro passo: Descrição dos problemas**

“Descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010,p.59).

O tema que escolhemos para ser abordado é uma proposta de intervenção para diminuição de riscos cardiovasculares na comunidade de atendimento do ESF São José da Lagoa. As principais causas das doenças cardiovasculares incluem fatores de risco cardiovasculares predisponentes, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

A área de abrangência tem 4210 pacientes desses 571 apresentam hipertensão arterial sistêmica. A hipertensão arterial Sistêmica, como principal doença, apresenta uma alta prevalência e baixas taxas de controle sendo preocupação para todos, considerado o principal fator de risco para complicação tais como Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do miocárdio e Doença Renal Crônica, Insuficiência venosa periférica.

Os resultados no controle da HAS é o resultado da somatória de diversos fatores e condições de vida desses pacientes, que vai além do controle pressórico, necessita pois da adesão ao tratamento farmacológico e dietético bem como a prática regular de exercícios físicos e o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade.

Os objetivos mais importantes das ações de saúde em hipertensão arterial são controlar os níveis pressóricos, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, cerca de 30% dos óbitos para todas as faixas etárias. Segundo dados de atestado de óbito dentre as doenças cardiovasculares em 1998 no Brasil, o acidente vascular cerebral (AVC) foi a primeira causa de morte seguido da doença isquêmica do coração (DIC). Na maior parte dos casos tanto o AVC como a DIC têm etiologia conhecida sendo causados por fatores de risco bem estabelecidos. Na etiologia do AVC, a HAS - principalmente a hipertensão sistólica -, é o mais importante fator de risco. Além desses, uma série de outros fatores de risco foram descritos e potencializam os fatores independentes; esses são denominados fatores predisponentes. Dentre os fatores predisponentes temos: história familiar precoce de DIC, obesidade - principalmente a do tipo central -, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais. Entre as Doenças Crônicas não transmissíveis a de maior prevalência em nossa área a hipertensão arterial sistêmica, sendo causa de preocupação, tendo que agir de forma rápida, pois tem elevado índice da morbimortalidade geral da população, principalmente na idade adulta, o que acentua os casos de morte por doenças cardiovasculares (*FILHO; MARTINEZ, 2002*).

➤ **Quarto passo: Explicação do problema**

Após as reuniões da equipe de saúde da família do ESF São José da Lagoa foi considerado o fato de haver um grande número de pessoas com doenças cardiovasculares em nossa área de abrangência, pode ser justificado por vários fatores de risco: história familiar precoce de DIC, obesidade - principalmente a do tipo central, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais, hipertensão arterial além disso, pouco conhecimento sobre os fatores de riscos cardiovasculares, sua condição hereditária, as mudanças no estilo de vida incluindo a alimentação saudável, atividade física e hábitos tóxicos como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, drogas e stress.

➤ **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

O nó crítico é definido como a causa de um problema que, quando “atacada é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo”. Explicam que “a causa de um problema é geralmente outro problema ou outros problema.” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p. 61-65).

Partindo deste conhecimento a elaboração do plano de ação constitui da sistematização de ações – proposta de soluções para enfrentamento do problema.

O problema prioritário é a elevada presença de riscos cardiovasculares, foram, então, identificados os nós críticos, ou seja, as suas principais causas, as quais são relacionadas a seguir:

Baixo nível de informação da população sobre os fatores de riscos cardiovasculares:

- Hipertensão arterial sistêmica
- Hábitos alimentares inadequados
- Tabagismo
- Alcoolismo
- Obesidade
- Sedentarismo.

A hipertensão é o principal fator de risco cardiovascular estes outros fatores apontados são considerados fatores predisponentes tanto para pressão arterial como também para doenças cardiovasculares.

**Quadro 2- Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema**

<b>NÓS CRÍTICOS</b>	<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
Baixo nível de informação da população sobre a hipertensão arterial como principal causa de doenças cardiovascular	<b>Saber +</b> -Aumentar o nível de conhecimento da população hipertensa sobre os fatores de risco das	-Avaliação do nível de informação da população de risco.  -Capacitação dos agentes de saúde.	População mais informada, consciente e responsável pelo tratamento.  Agentes comunitários mais participativos e	<b>Cognitivo:</b> Conhecimento de estratégias pedagógicas e de comunicação <b>Organizacional:</b> Organização

<p>es e os fatores de risco associados a ela.</p>	<p>doenças cardiovascular e medidas preventivas -Capacitar os agentes comunitários de saúde.</p>		<p>mais seguros quanto as orientações dadas.  -Diminuição dos índices pressóricos</p>	<p>das atividades Organizar o material instrucional que vai ser usado. Planejamento de ações a serem executadas Organizar agenda <b>Político:</b>Articulação intersetorial</p>
<p>Consumo excessivo de álcool e tabaco</p>	<p><b>+ Saúde</b> Formação de grupos específicos de pacientes hipertensos alcoolistas e tabagistas para orientações específicas para cessar o consumo do álcool e tabaco.</p>	<p>População mais consciente dos efeitos negativos do alcoolismo e tabagismo. Formação de grupos específicos: anti tabagismo e alcoolismo.  Redução do número de fumantes e alcoolistas. Melhoria da saúde e bem-estar dos fumantes, alcoolistas e de seus familiares.</p>	<p>Diminuir o 15 % de tabagismo e alcoolismo em 1 ano</p>	<p><b>Organizacion al:</b> Encontro semanal com profissionais psicólogo, médico e enfermeiro para trabalhar a adesão ao tratamento para cessar de fumar e beber. <b>Político:</b> Disponibilização de medicamentos para o tratamento de tabagismo, alcoolismo e hipertensão. Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.  <b>Cognitiva:</b></p>

				Promover informações sobre efeitos nocivos do álcool e tabaco
Hábitos alimentares inadequados.	<b>Vida Saudável</b> Sensibilizar os pacientes para modificarem seus hábitos alimentares.	Reunião semanal com a participação do nutricionista, médico e enfermeira com os grupos para discutirem sobre as dietas saudáveis e sua relação com sua saúde.	Diminuir o 15 % de obesos em 1 ano. - Redução dos índices pressóricos	<b>Organizacional:</b> Encontros com os profissionais para melhora dos hábitos alimentares. <b>Cognitiva:</b> Promover trocas de conhecimentos.
Sedentarismo	<b>Mexa-se</b> Formar grupo para prática de atividades físicas duas vezes por semana.	Grupo de Atividades físicas coordenado pelo educador físico do NASF	Boa participação e adesão dos pacientes hipertensos. Diminuição dos índices pressóricos	<b>Político:</b> Disponibilização de material esportivo para a prática das atividades

Fonte: autoria própria

Pelo número elevado de pacientes hipertensos será necessária a formação de grupos por micro áreas de acordo com cada agente comunitária de saúde. Após este primeiro momento no início de cada grupo será apresentada a programação pela enfermeira e pelo médico. Os encontros realizados terão a duração média de 45 min. na própria UBS com uma frequência semanal.

Para alguns temas serão utilizadas aulas dialogadas aproveitando os conhecimentos dos próprios pacientes e o coordenador vai só preenchendo os vazios de conhecimento dos pacientes ou seja aquilo que os pacientes não sabem ou tem dúvidas.

Para os fumantes e alcoolistas serão incrementadas as reuniões em outro dia para discutirem temas específicos utilizando os manuais do INCA, palestras em vídeos exibidos por meio de data show e dinâmicas. Eles terão uma reunião a mais.

A proposta de duração é seis meses, depois do terceiro mês será feita uma avaliação e se necessário ao sexto mês ocorrerão encontros de manutenção uma vez por mês. Na fase de manutenção contamos com ajuda de outros profissionais para realização de palestras, como nutricionista, farmacêutico, educador físico e psicólogo e o médico e enfermeira dá início a outro grupo.

Apoio medicamentoso também será oferecido, com critérios técnicos e específicos para cada participante. Serão oferecidos aos pacientes fumantes e alcoolistas a oportunidade de acompanhamento com o psicólogo após término do projeto.

### ➤ **Sexto passo: identificação dos recursos críticos**

De acordo com Campos; Faria e Santos (2010) a equipe deve ter clareza de quais recursos críticos irá utilizar para operacionalizar os projetos, criar estratégias para que se possa viabilizá-los, eles são indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.

### **Quadro 3- Identificação dos recursos críticos para resolução problemas.**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<p><b>Saber +</b> -Aumentar o nível de conhecimento da população hipertensa sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares medidas preventivas -Capacitar os agentes comunitários de saúde.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> Conhecimento de estratégias pedagógicas e de comunicação <b>Organizacional:</b> Organização das atividades Organizar o material instrucional que vai ser usado. Planejamento de ações a serem executadas. Organizar agenda <b>Político:</b>Articulação intersetorial</p>
<p><b>+ Saúde</b>  Formação de grupos específicos de pacientes hipertensos alcoolistas e tabagistas para orientações específicas para cessar o consumo do álcool e tabaco.</p>	<p><b>Organizacional:</b> Encontro semanal com profissionais psicólogo, médico e enfermeiro para trabalhar a adesão ao tratamento para cessar de fumar e beber. <b>Político:</b> Disponibilização de medicamentos para o tratamento de tabagismo, alcoolismo e hipertensão. Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p><b>Cognitiva:</b> Promover informações sobre efeitos nocivos do álcool e tabaco</p>
<p><b>Vida Saudável</b></p>	<p><b>Organizacional:</b> Encontros com os</p>



Sensibilizar os pacientes para modificarem seus hábitos alimentares.	profissionais para melhora dos hábitos alimentares. <b>Cognitiva:</b> Promover trocas de conhecimentos.
<b>Mexa-se</b>  Formar grupo para prática de atividades físicas duas vezes por semana.	<b>Político:</b> Disponibilização de material esportivo para a prática das atividades

Fonte: autoria própria

➤ **Sétimo passo: análise para viabilidade do plano.**

A ideia central que preside esse passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Então é necessário que ele escolha pessoas que controlam os recursos críticos. O ator necessita analisar o provável posicionamento destas pessoas em relação ao problema, se estão ou não motivadas. Se não estão motivadas é preciso criar estratégias capazes de motivá-las dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos para se responsabilizar da operacionalização e acompanhamento de cada projeto.

**Quadro 4- Ações estratégicas para viabilizar o plano.**

OPERAÇÕES/ PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÕES ESTRATÉGICAS
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVA- ÇÃO	
<b>Saber +</b> -Aumentar o nível de conhecimento da população hipertensa sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares medidas preventivas -Capacitar os agentes comunitários de saúde.	<b>Cognitivo:</b> Conhecimento de estratégias pedagógicas e de comunicação <b>Organizacional:</b> Organização das atividades Organizar o material instrucional que vai ser usado. Planejamento de ações a serem executadas Organizar agenda <b>Político:</b> Articulação intersetorial	-Médico e enfermeira  -Secretaria Municipal de Saúde  .	Favorável  Favorável	Não é necessário  Apresentar e discutir o projeto com as ações na Secretária de saúde
<b>+ Saúde</b> Formação de	<b>Organizacional:</b> Encontro semanal com	Médico e enfermeira	Favorável	

grupos específicos de pacientes hipertensos alcoolistas e tabagistas para orientações específicas para cessar o consumo do álcool e tabaco.	profissionais psicólogo, médico e enfermeiro para trabalhar a adesão ao tratamento para cessar de fumar e beber. Político: Disponibilização de medicamentos para o tratamento de tabagismo, alcoolismo e hipertensão. Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.  <b>Cognitiva:</b> Promover informações sobre efeitos nocivos do álcool e tabaco	-Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessário  Apresentar e discutir o projeto com as ações na Secretária de saúde
<b>Vida Saudável</b> Sensibilizar os pacientes para modificarem seus hábitos alimentares.	<b>Organizacional:</b> Encontros com os profissionais para melhora dos hábitos alimentares. <b>Cognitiva:</b> Promover trocas de conhecimentos.	Médico e enfermeira Secretaria Municipal de Saúde	Favorável  Favorável	Não é necessário  Apresentar e discutir o projeto com as ações na Secretária de saúde
<b>Mexa-se</b> Formar grupo para prática de atividades físicas duas vezes por semana.	<b>Político:</b> disponibilização de material esportivo para a prática das atividades	Médico e enfermeira Secretaria Municipal de Saúde	Favorável  Favorável	Não é necessário  Apresentar e discutir o projeto com as ações na Secretária de saúde

Fonte: autoria própria

### ➤ Oitavo passo: elaboração do plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando

contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### Quadro 5 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
<p><b>Saber +</b> -Aumentar o nível de conhecimento da população hipertensa sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares medidas preventivas -Capacitar os agentes comunitários de saúde.</p>	<p>População mais informada, consciente e responsável pelo tratamento.</p> <p>Agentes comunitários mais participativos e mais seguros quanto as orientações dadas.</p> <p>-Diminuição dos índices pressóricos</p>	<p>-Avaliação do nível de informação da população de risco.</p> <p>- Capacitação dos agentes de saúde.</p>	Não é necessário	Médico e enfermeira	Janeiro 2016
<p><b>+ Saúde</b> Formação de grupos específicos de pacientes hipertensos alcoolistas e tabagistas para orientações específicas para cessar o consumo do álcool e tabaco.</p>	<p>Diminuir o 15 % de tabagismo e alcoolismo em 1 ano</p>	<p>População mais consciente dos efeitos negativos do alcoolismo e tabagismo. Formação de grupos específicos: anti tabagismo e alcoolismo.</p> <p>Redução do número de fumantes e alcoolistas. Melhoria da saúde e bem-estar dos fumantes, alcoolistas e de seus</p>	Não é necessário	Médico e enfermeira.	Janeiro a dezembro 2015

		familiares.			
<b>Vida Saudável</b> Sensibilizar os pacientes para modificarem seus hábitos alimentares.	Diminuir o 15 % de obesos em 1 ano. - Redução dos índices pressóricos	Reunião semanal com a participação do nutricionista, médico e enfermeira com os grupos para discutirem sobre as dietas saudáveis e sua relação com sua saúde.	Não é necessário	Médico e enfermeira	Janeiro a dezembro 2015
<b>Mexa-se</b> Formar grupo para prática de atividades físicas duas vezes por semana.	Boa participação e adesão dos pacientes hipertensos. Diminuição dos índices pressóricos	Grupo de Atividades físicas coordenado pelo educador físico do NASF	Não é necessário	Médico e enfermeira	Janeiro a dezembro 2015

➤ **Nono passo- Gestão do Plano**

Gerenciar o plano é verificar como está o andamento do plano, analisar porque não foi possível fazer, readequar as operações propostas, avaliar de forma sistemática o impacto das operações sobre os problemas. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 6- Gestão do Plano**

<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESPON- SÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
<b>Saber +</b> -Aumentar o nível de conhecimento da população hipertensa sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares medidas preventivas -Capacitar os agentes comunitários de saúde.	-Avaliação do nível de informação da população de risco. -Capacitação dos agentes de saúde.	Médico, Enfermeira		Em andamento
<b>+ Saúde</b> Formação de grupos específicos de pacientes hipertensos alcoolistas e tabagistas para orientações específicas para cessar o consumo do álcool e tabaco.	-População mais consciente dos efeitos negativos do alcoolismo e tabagismo. -Formação de grupos específicos: anti tabagismo e alcoolismo. Redução do número de fumantes e alcoolistas. Melhoria da saúde e bem-estar dos fumantes, alcoolistas e de seus familiares.	Médico, Enfermeira		Em andamento
<b>Vida Saudável</b> Sensibilizar os pacientes para modificarem seus hábitos alimentares.	Reunião semanal com a participação do nutricionista, médico e enfermeira com os grupos para discutirem sobre as dietas saudáveis e sua relação com sua saúde.	Médico, Enfermeira		Em andamento

<b>Mexa-se</b> Formar grupo para prática de atividades físicas duas vezes por semana.	Grupo de Atividades físicas coordenado pelo educador físico do NASF	Médico, Enfermeira		
--	---	-----------------------	--	--

Fonte: autoria própria

### **Décimo passo: acompanhamento e avaliação**

A avaliação e acompanhamento do plano de intervenção foram realizados pela equipe de saúde. Depois de 03 meses uma avaliação total para verificar o resultado parcial alcançado e se o objetivo foi alcançado.

O monitoramento das ações planejadas ocorreram durante o desenvolvimento o qual permitiu identificar e corrigir oportunamente os possíveis erros e omissões nas ações realizadas. As dúvidas dos pacientes eram esclarecidas no decorrer dos encontros e os níveis pressóricos eram aferidos no dia do Hiperdia pela técnica de enfermagem.

O plano de gestão constou da avaliação e acompanhamento do conhecimento adquirido pelo paciente e a mudança no seu modo de viver.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As ações para diminuir os fatores de risco das doenças cardiovasculares, estão sendo realizadas, considerando tanto os aspectos modificáveis assim como os não modificáveis. Contudo, são necessárias ações que provoquem mudanças de

comportamento relacionadas aos estilos de vida dos pacientes, com a inclusão de hábitos alimentares saudáveis e redução do sedentarismo.

A elaboração da proposta de intervenção, elaborada pela equipe de saúde da família da ESF São José da Lagoa, do município Curvelo, Minas Gerais, permitiu traçar ações a serem executadas para melhor controle dos fatores de risco das doenças cardiovasculares dos pacientes atendidos no serviço. Tais ações buscam sensibilizar não só os pacientes bem como seus familiares sobre as doenças cardiovasculares e os fatores de risco associados a elas, levando-os a melhorar a qualidade de vida, a reduzir a PA como principal causa destas doenças.

É importante também preparar a os membros da equipe de saúde envolvidos no atendimento destes pacientes, e incentivar a participação deles nas reuniões programadas pela equipe.

## REFERÊNCIAS

APERIBENSE. P,G,G,S; BARREIRA. I,A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2008 Set;42(3):474-82. [ [Links](#) ]

AZIZ, J.L. Sedentarismo e Hipertensão Arterial. **Rev Bras. Hipertensão**, V.21, n.2, p75-82, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Base de dados, 2010**.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)2014**

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte. NESCON/ UFMG. 2010.118p.

CARDOSO, F.C *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde** . Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

CIPULLO, J.P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 94, n. 4, 2010.

COSTA, J.Á *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011; 16(3):2001-9. [ [Links](#) ]

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Imprensa Nacional. Visitado em 28 de agosto de 2014.

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1):1-51. 3. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. – 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

DIVISÃO TERRITORIAL DO BRASIL. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008). Visitado em 11 de outubro de 2008.

EGAN, B.M. Prediction of incident hypertension. Health implications, of data mining in the Big Data era. **J. Hypertens**. V. 31.n.11, p 2123-2124. 2013.

FERREIRA FILHO et al. Benefícios do exercício físico na hipertensão arterial sistêmica. **Arq Méd ABC**. 2007 Jul-Dez;32(2):82-7. [ [Links](#) ]



FERREIRA, S.R.G; MOURA, E.C.M; MALTA, D.C, SARNO. F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006, **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.43(2), p.98-106, 2009.

FILHO, R.D. S.; MARTINE, T. L. da R. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas ! **Arq Bras Endocrinol Metab** v.46, n.3. São Paulo. June. 2002  
<http://www.escolanet.com.br/teleduc/arquivos/11/leituras/6/contagem-mg.PDF>

IBGE (10 out. 2002). Área territorial oficial Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Visitado em 5 dez. 2010.

IBGE, **Censo Demográfico** 2010 adaptado por PMC/SEPLAN/COMODER/DITEC

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE **Cidades@**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Acesso em 12 mai. 2013.  
[Saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad15.pdf](http://Saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf)>. Acesso em 22 nov. 2010.

LIMA, V.; CAETANO, J.A.; SOARES. E.; SANTOS, Z.M.S.A. Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **Rev Bras Promoç Saúde**. 2006;19(3):149-54.

MAGALHÃES . F,J, *et al.*. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.** vol.67 no.3 Brasília MayJune 2014

MARTINS, LN *et al.* Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em os adultos admitidos na unidade de dor torácica de Vassouras. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v.24, n.5, p. 299-307, 2011.

MEIRELES, AL *et al.* Atenção a saúde do adulto in **Linha Guia e Manuais** - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br), p.25-26, 2013.

MELO NETO OP, Hipertensão arterial em Ouro Preto (MG): [manuscrito] **Avaliação de Terapêutica Farmacológica e de Fatores de Risco Cardiovasculares**, 2006, (Dissertação de Mestrado- Universidade Federal de Ouro Preto).

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica - **Cadernos de Atenção Básica n.15.** Brasília, D.F.2006, 58 p.

MOREIRA NF *et al.* Obesidade: Principal fator de risco para Hipertensão arterial sistêmica para adolescentes brasileiros participantes em um estudo de coorte. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v.57, n.7, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Disponível em:

[http://www.opas.org.br/prevenção/mos\\_info.cfm?codigodest=216](http://www.opas.org.br/prevenção/mos_info.cfm?codigodest=216). Acesso 21 de janeiro 2016

ORTIZ. J. R.; Projeto e intervenção para o controle da diabetes mellitus dos usuários da equipe 93 da unidade básica de saúde praia, município de Contagem, Trabalho de conclusão do Especialização em Atenção **Básica em Saúde** da Família, NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais. 2014

PEREIRA JC, BARRETO SM, PASSOS VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Pública.** 2009 Jun;25(6):491-8. [ [Links](#) ]

PRODUTO INTERNO BRUTO DOS MUNICÍPIOS 2004-2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Visitado em 11 dez. 2010

RANKING DECRESCENTE DO IDH-M DOS MUNICÍPIOS DO BRASIL Atlas do **Desenvolvimento Humano** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2010). Visitado em 27 de fevereiro de 2014.

ROSENBAUM; FERREIRA 2003 **Arq Bras Endocrinol Metab** 2003;47/3:220-227).

SIMAO, A.F *et al.* I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arq, Bras. Cardiol.** [online], v.101, n.6, suppl.2, p.1-63, 2013.

SISTEMA DE MONITORAMENTO AGRO METEOROLÓGICO (Agritempo). Dados Meteorológicos - Minas Gerais. Visitado em 4 de julho de 2012.

SMELTZER SC, BARE BG. Histórico da função cardiovascular. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 682-700. [ [Links](#) ]

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>.

FERNANDES. C,E; *et al.* I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq Bras Cardiol**, 2008; 1(Supl1):1-23.

SOCIEDADE BRASILEIRA HIPERTENSÃO. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. São Paulo: SBC; 2010. [ [Links](#) ]

WHO, 2002. Relatório sobre saúde no mundo 2002 - redução de riscos, promoção da vida saudável. Prevenção de os riscos e adoção de medidas, pdf.

WHO, 2003. [www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf).