

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

**YERANNYS EDUARDO ALMAGUER CHACÓN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE JOSE MENDES DA ROCHA NO MUNICÍPIO DE ICARAÍ DE  
MINAS – MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2018**

**YERANNYS EDUARDO ALMAGUER CHACÓN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO DA UNIDADE BASICA DE  
SAUDE JOSE MENDES DA ROCHA NO MUNICIPIO DE ICARAÍ DE  
MINAS – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Spindola de Miranda

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2018**

**YERANNYS EDUARDO ALMAGUER CHACÓN**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA POPULAÇÃO DA UNIDADE BASICA DE  
SAUDE JOSE MENDES DA ROCHA NO MUNICIPIO DE ICARAÍ DE  
MINAS – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Silvana Spindola de Miranda - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 21/05/2018

Dedico este trabalho:

À minha mãe, que sempre é exemplo de lutadora.

À todas aquelas pessoas que mim apoiaram para a realização de este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus.

Aos meus professores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

A orientadora por seu tempo dedicado para a realização do trabalho.

A minha Equipe de Saúde da Família de Jose Mendes da Rocha.

"A verdadeira medicina não é aquela que cura, senão aquela que previne. Em prever está toda a arte de salvar. Salvar-se é prever".

José Martí.

## RESUMO

As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002. No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares vêm sendo a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial e a diabetes mellitus como os principais fatores de risco que afeta, hoje, quase 20% da população acima dos 20 anos. Em nossa população o incremento desses fatores de risco na maioria dos casos deve-se à diminuição de conhecimentos sob o tema. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para aumentar o nível de conhecimento sobre fatores de riscos cardiovasculares na população do Programa de Saúde da Família José Mendes da Rocha, Icarai de Minas. Para tal, fez-se pesquisa nas bases de dados da LILACS, MEDLINE e IBECs, com os descritores planejamento em saúde, risco e Doenças Cardiovasculares. O Plano de intervenção baseou-se no método de Planejamento Estratégico Situacional. Na intervenção, pretende-se realizar educação em saúde pelos integrantes da equipe, assim como reforçar o sistema de cuidado para risco cardiovascular e capacitação, primeiramente, dos profissionais participantes. Este tipo de intervenção é importante na atenção básica, já que permite que a população tenha acompanhamento integral e assim minimizar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde. Controle de risco. Doenças cardiovasculares.

## **ABSTRACT**

Circulatory diseases are responsible for significant impact on mortality of the Brazilian population, accounting for 32% of deaths in 2002. In Brazil, in recent years, cardiovascular diseases have been the main cause of mortality, with hypertension and diabetes mellitus as key risk factors that affects, today, almost 20% of the population above 20 years. In our population increase of these risk factors in most cases due to reduction of knowledge under the theme. Thus, this study aimed to draw up a contingency plan to Increase the level of knowledge of cardiovascular risk factors in the population of the PSF Jose Mendes da Rocha, Icaraí de Minas. To this end, did research in the databases LILACS, MEDLINE and IBECs, with descriptors in health planning, risk and cardiovascular diseases. The contingency plan was based on the Situational strategic planning method. In the speech, intends to evaluate the patients ' level of information related to the topic, before and after applying the educational program, developed by team members, as well as strengthening the system of care for cardiovascular risk and training, first, of the participating professionals. This type of intervention is important in the basic attention, since it allows the population get the tools to minimize the development of cardiovascular diseases.

**Key words:** Health planning. Risk management. Cardiovascular diseases.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil.
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais.
DCV	Doença cardiovascular.
DM	Diabete Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EBCT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.
HAS	Hipertensão arterial sistêmica.
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NRE	Núcleo Regional de Educação.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PAIF	Programa de Atendimento Integral a Família.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PSF	Programa Saúde da Família.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa com apresentação dos municípios vizinhos de Icaraí de Minas, Minas Gerais, 2017.	12
Quadro 1	Indicadores geográficos do Município Icaraí de Minas, 2010.	13
Quadro 2	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de saúde da família, Jose Mendes da Rocha, 2017.	22
Quadro 3	Desenho das operações para os "nos críticos" do problema risco	34
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos críticos" do problema risco cardiovascular aumentado	35
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores	37
Quadro 6	Plano operativo	38
Gráfico 1	Distribuição de domicílios e famílias no Município Icaraí de Minas, 2010.	14
Tabela 1	Distribuição da população segundo sexo e idade, Icaraí de Minas, 2016.	16
Tabela 2	População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de saúde da família Jose Mendes da Rocha, município Juatuba, 2017.	18
Tabela 3	Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, no território de abrangência da equipe de saúde da família, município Jose Mendes da Rocha, Icaraí de Minas, 2017.	19

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	23
<b>3 OBJETIVO</b> .....	25
<b>4 MÉTODO</b> .....	26
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	27
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	32
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Descrição do município de Icaraí de Minas

O presente trabalho está centrado no município que leva o nome de Icaraí de Minas, localizado ao norte do estado Minas Gerais, a 587 km da capital mineira e a 60 km de São Francisco, ocupando uma área de 625 624 km<sup>2</sup>. Sua população é de 10 746 habitantes (IBGE, 2010).

Os limites municipais, mostrados na Figura 1 indicam quem são os municípios vizinhos de São Francisco, Ubaí, Pintópolis, Luzilândia.

Figura 1 - Mapa com apresentação dos municípios vizinhos de Icaraí de Minas, Minas Gerais, 2017.



### Municípios vizinhos de Icaraí de Minas

<u>Ubaí</u> 15.4 km	<u>São Francisco</u> 28.4 km	<u>Pintópolis</u> 31.7 km
<u>Campo Azul</u> 34.6 km	<u>Luislândia</u>	

Fonte: cidades. IBGE (2014)

A partir de 1920, um pequeno agrupamento de casas foi se formando em torno da fazenda de propriedade de José Bernardino Teixeira. O local ficou conhecido pelo nome de Tiririca ou, ainda, Sucupira. Logo, ali foi instalada a primeira escola. O coronel Bernardino, para incentivar o crescimento do povoado, promoveu a construção de uma igreja. Em 1956, o povoado passou à jurisdição da paróquia de São José e São Francisco. Em 1992, foi criado o município com o nome de Icaraí de

Minas, sugerido pelo vereador José Ramos de Almeida. O rio São Francisco serve de divisa entre os municípios de Icaraí de Minas e São Romão e constitui o mais importante atrativo da região (IBGE 2014).

Segundo dados estatísticos (IBGE, 2010), o município Icaraí de Minas contava com uma população de 10 746, e em 2017 foi estimada para 11 835, com o aumento de 1089 pessoas. O território tem uma área total de 625 624 km<sup>2</sup> e 17,18 habitantes por km<sup>2</sup>, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1- Indicadores geográficos. Município Icaraí de Minas. 2010

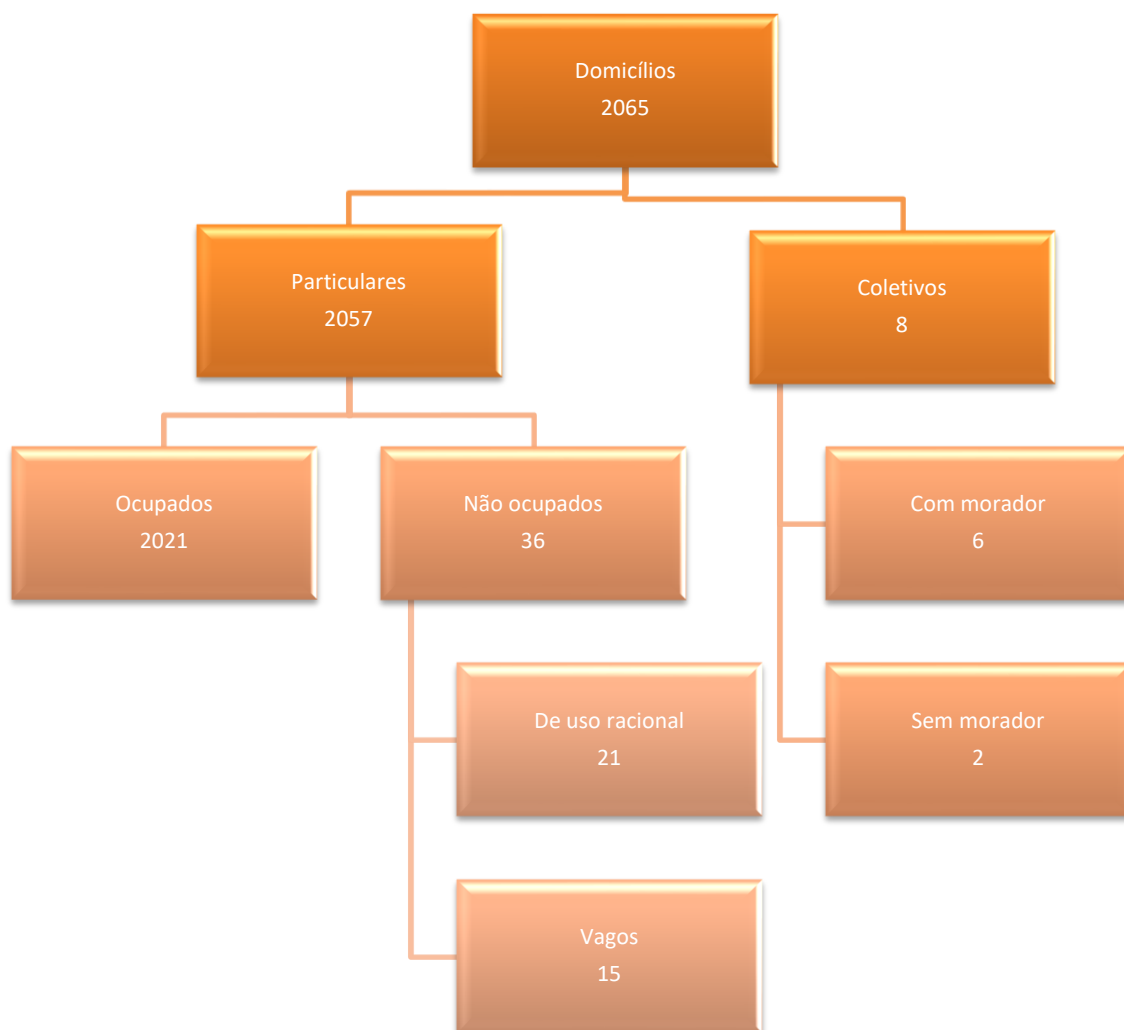
População estimada 2016	25.490
População 2010	10 746
Área da unidade territorial (km <sup>2</sup> )	625 624
Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	17,18

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010)

O gráfico 1 mostra a distribuição total de domicílios no município e o número de famílias, onde verificamos que existem 2065 domicílios, entre particulares e coletivos (IBGE, 2010).

A média de moradores em domicílios particulares ocupados é de 4,3 moradores, ou seja, que nosso município não tem alto índice de aglomeração. (IBGE, 2010).

**Gráfico 1** - Distribuição de domicílios e famílias no Município Icarai de Minas, 2010.



Fonte: Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Em Icarai de Minas, os resíduos sólidos urbanos, domésticos e comerciais são coletados pela prefeitura, atendendo 100% da população urbana e controlada pela COPASA (PREFEITURA DE ICARAI DE MINAS, 2016).

O serviço de energia elétrica no município é prestado pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG). A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) possui 1 agências no município. O serviço de telefonia fixa atende também a zona rural, com telefones públicos e comunitários. O sistema de telefonia celular é realizado por a prestadora vivo (PREFEITURA DE ICARAI DE MINAS, 2016).

O crescimento de Icaraí de Minas se vasa no setor primário econômico que é as atividades agropecuárias. Uma das mais antigas atividades econômicas do município, a pecuária, representa a produção de leite, com um rebanho bovino aproximado de 1 082 cabeças, utilizado na produção leiteira (IBGE, 2014).

Outro setor importante é o representado pelas atividades comerciais. O comércio do município é bastante ativo (PREFEITURA DE ICARAI DE MINAS, 2016).

Encontra-se em atividades aproximadamente 200 estabelecimentos comerciais. Por exemplo, pequenos e medianos supermercados, que general numerosas fontes de emprego (PREFEITURA DE ICARAI DE MINAS, 2016).

O município Icaraí de Minas tem uma população total de 10 746 habitantes sendo, 5669 homens (52,75%) e 5567 mulheres (51,80%). A maior quantidade de população encontra-se no grupo de 25 a 39 anos de idade (27,79%), seguido do grupo de 40 a 59 anos, representando 19,73% (IBGE, 2014).

Tabela 1: Distribuição da população segundo idade. Município Icaraí de Minas. 2010.

Mais de 100 anos	1	0,0%	0,0%	3
95 a 99 anos	1	0,0%	0,0%	4
90 a 94 anos	3	0,0%	0,1%	10
85 a 89 anos	17	0,2%	0,2%	24
80 a 84 anos	34	0,3%	0,5%	50
75 a 79 anos	64	0,6%	0,7%	74
70 a 74 anos	92	0,9%	0,9%	99
65 a 69 anos	118	1,1%	1,1%	118
60 a 64 anos	144	1,3%	1,4%	147
55 a 59 anos	186	1,7%	1,8%	196
50 a 54 anos	198	1,8%	1,9%	203
45 a 49 anos	244	2,3%	2,3%	242
40 a 44 anos	292	2,7%	2,1%	231
35 a 39 anos	358	3,3%	2,5%	272
30 a 34 anos	417	3,9%	3,3%	354
25 a 29 anos	562	5,2%	4,2%	456
20 a 24 anos	639	5,9%	5,0%	537
15 a 19 anos	668	6,2%	6,0%	650
10 a 14 anos	568	5,3%	5,5%	593
5 a 9 anos	527	4,9%	4,4%	476
0 a 4 anos	434	4,0%	4,1%	440

Homens Mulheres

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ( IBGE 2010).

## 1.2 O Sistema de Saúde do Município de Icaraí de Minas



O município conta com um total de cinco Unidades Básicas de Saúde, duas de Saúde bucal, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e uma farmácia popular.

Atualmente Icaraí conta com o 100% das Equipes de Saúde cobertas com profissionais médicos, dos quais dois são médicos estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional cumpra um horário de segunda a sexta feiras de 7:00hs até 16:00hs, com uma carga de 40 horas semanais.

A região conta com uma série de serviços sociais como: três escolas municipais, Correio, Bancos. Além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um centro para coleta e processamento de exames laboratoriais, cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros.

Entre os 2953 habitantes da área de abrangência da UBS Jose Mendes da Rocha, 1558 (52,75%) são homens e 1395 (42,24%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1. O maior por cento da população está na faixa etária entre 20 a 39 anos, ainda que, observando as pessoas maiores de 60 anos, vemos que elas representam o 11,14% do total, o que significa um incremento da população idosa.

**Tabela 2** - População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de saúde da família Jose Mendes da Rocha, município Icarai de Minas, 2017.

Faixa etária	Sexo				Total	
	M	%	F	%	No	%
< 1 ano	15	1,59	22	1,31	93	2,90
1 - 4 anos	141	3,15	84	2,93	195	6,09
5 - 14 anos	201	7,52	151	7,84	462	14,43
15 - 19 anos	152	3,5	126	3,93	238	7,43
20 - 39 anos	398	12,40	503	21,96	1100	34,37
40 - 49 anos	169	5,28	200	6,31	371	11,59
50 - 59anos	308	3,37	154	4,81	262	8,18
>60 anos	174	5,43	155	8,59	329	11,14
Total	1558	52,75	1395	42,24	2953	100

Fonte: Registro da equipe José Mendes da Rocha.

Pelos dados de produção mensal do ano 2016 verifica-se que a morbidade em maiores de 15 anos de idade é por causas evitáveis, como pode-se observar na tabela 3.

**Tabela 3** - Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idade, da equipe de saúde da família, José Mendes da Rocha, município Icaraí de Minas, 2016.

<b>Morbidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tabagismo</b>	278	32,47
<b>Sedentarismo</b>	1128	42,97
<b>Alcoolismo</b>	56	2,31
<b>Hipertensão Arterial</b>	127	15,12
<b>Acidente Vascular Encefálico</b>	11	0,37
<b>Diabetes Mellitus</b>	124	5,12
<b>Câncer</b>	6	0,16
<b>Cardiopatia</b>	30	1,64
<b>Total</b>	1756	75,62
<b>Maiores de 15 anos</b>	2349	100

Fonte: Registro da equipe José Mendes da Rocha.

Verifica-se que o tabagismo e o sedentarismo ocupam os maiores percentagens de morbidades, os quais são fatores de risco cardiovasculares e da Hipertensão arterial, ainda que representem 7,23% do total da população maior de 15 anos, tem tendência ao aumento devido a fatores de risco presentes nesta população tanto modificáveis como não modificáveis.

Na UBS foram atendidas 24 gestantes em 2016, delas, sete eram adolescentes, com idade entre 13 e 18 anos, que representa 29,16%. Também foi observada alta prevalência de cárie dentária devido ao pouco conhecimento da maioria da população sobre saúde bucal assim como maus hábitos higiênicos e também a pouca possibilidade de acesso ao serviço.

Em relação aos pacientes com HAS e Diabetes mellitus da área de abrangência, a equipe conseguiu realizar consultas planejadas com reuniões, além de prescrições de medicamentos dos pacientes que necessitavam.

Nossa Unidade Básica de Saúde encontra-se inserida na própria comunidade situa-se na Rua Raimundo Gabriel 203, Icaraí de Minas, com acesso disponível para a população. Seu horário de atendimento é de segunda a sexta feira, de 7.00h às 17:00 horas, com uma hora de descanso para almoço de 12:00hs as 13:00hs.

Nossa equipe conta com um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e uma agente administrativa.

A Unidade está bem conservada, e bem estruturada. Conta com uma sala de reuniões, o área de recepção é grande, tem cozinha e os consultórios da enfermeira e do médico têm um bom espaço e condições adequadas.

A equipe tem algumas dificuldades para referenciar para as especialidades e demais níveis assistenciais, já que os pacientes tem que aguardar na fila de um mês a um ano para serem atendidos. Além de não ter conhecimento de quando irão realizar os exames e retornos. Assim, é necessária melhor gerência para os atendimentos da Atenção Básica, Centro de Consultas Especializadas, hospital e pronto-atendimento.

### 1.3 Estimativa rápida para a definição do problema (primeiro passo)

O diagnóstico situacional realizado identificou os seguintes problemas:

Aumento de fatores de risco cardiovascular,

Alto índice de gestantes adolescentes,

Alta prevalência de cáries dentária.

A priorização de problemas se fez depois de uma discussão na equipe e tendo em conta:

- A importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”,
- Urgência, distribuindo pontos conforme apreciação, e
- Capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.

### 1.4 Priorização do problema (segundo passo)

Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto à prioridade, segundo os seguintes critérios:

- Atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema.
- Distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência.

- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

A ordem de prioridade estabelecida pela equipe revela-se no quadro 2.

**Quadro 2** - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de saúde da família Jose Mendes da rocha, município Icarai de Minas, 2017.

<b>Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
<b>Aumento dos fatores de risco cardiovascular</b>	Alta	8	Parcial	1
<b>Alto índice de gestantes adolescentes</b>	Alta	7	Parcial	2
<b>Alta prevalência de cáries dentária</b>	Alta	5	Fora	4

A equipe considerou que o problema do Aumento de fatores de risco cardiovascular como o problema prioritário e que é possível a equipe fazer intervenção com os recursos existentes na unidade.

## **2 JUSTIFICATIVA**

As doenças cardiovasculares não afetam determinados grupos populacionais, nem têm em conta classe social, grupo étnico ou gênero. Pode atingir qualquer pessoa desde que os fatores de risco não sejam prevenidos. Elas têm maior possibilidade de se apresentar com a ocorrência de fatores de risco, os quais representam um conjunto de fenômenos dos quais depende a probabilidade maior ou menor de adoecer ou morrer (ROCA, 2002).

As doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002, o equivalente a 267.496 mortes. As doenças do aparelho circulatório compreendem um espectro amplo de síndromes clínicas, mas tem nas doenças relacionadas à aterosclerose a sua principal contribuição, manifestadas por doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e de vasos periféricos, incluindo patologias da aorta, dos rins e de membros, com expressiva morbidade e impacto na qualidade de vida e produtividade da população adulta (BRASIL, 2001).

Em adição às doenças com comprometimento vascular, as doenças renais crônicas têm também um ônus importante na saúde da população, sendo estimado que 1.628.025 indivíduos sejam portadores de doença renal crônica (DRC) no Brasil, e 65.121 estão em diálise. São inúmeros os fatos que podem estar relacionados com a importância cada vez maior destas doenças (BRASIL, 2001).

Muitos desses fatores de risco para doenças cardiovasculares são responsáveis também pelas doenças renais, sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) respondem por 50% dos casos de DRC terminal (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, dos fatores potencialmente controláveis, a HAS e o DM são críticos do ponto de vista de saúde pública. No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e da

Diabete Mellitus de 2001 demonstraram uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 usuários do SUS. Mais de 1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto. Em relação ao diabete mellitus, dos 3.643.855 estimados como usuários do SUS, quase metade desconhecia este diagnóstico e apenas 2/3 destes indivíduos estão em acompanhamento nas unidades de atenção básica (BRASIL, 2001). Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular (BRASIL 2001).

No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares vêm sendo a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco que afeta, hoje, quase 20% da população acima dos 20 anos (39% com idade entre 20 e 49 anos). Estudos populacionais realizados em diversos locais do país revelam que entre os indivíduos com 60 anos de idade ou mais a hipertensão arterial apresenta uma frequência em torno de 60% (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial é responsável por 13% das internações no Sistema Único de Saúde, absorvendo 25% da verba para assistência à saúde. Das doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é a doença com maior prevalência e responde como a quarta causa de afastamento do trabalho no Brasil (BRASIL, 2011).

Na população da nossa área de abrangência, é frequente o aumento desses fatores de risco e a maioria dos casos deve-se à diminuição de conhecimentos sob o tema. Tendo em conta os dados estatísticos referidos aos riscos de doenças cardiovasculares, é importante a realização deste trabalho, com a proposição de uma intervenção que ajudará a aumentar os conhecimentos na população de riscos com vistas à diminuição deles e, por sua vez, diminuição da mortalidade por essa causa.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um plano de intervenção para aumentar o nível de conhecimento sobre fatores de riscos cardiovasculares na população da unidade básica de saúde José Mendes da Rocha de Icaraí de Minas.

#### **3.2 Específicos**

Identificar os principais problemas que afetam a população de o território de abrangência da unidade básica de saúde Jose Mendes da Rocha.

Minimizar os riscos cardiovasculares na população da unidade básica da saúde José Mendes da Rocha.

## 4 MÉTODO

Para desenvolver o presente trabalho baseamo-nos, primeiro, no método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), para elaborar a proposta do plano de intervenção e alcançar o objetivo proposto. Este método transcorre por quatro momentos:

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

Registra-se, ainda, que foi feita pesquisa bibliográfica para se obter maior fundamentação teórica para organizar o plano de intervenção. A pesquisa se deu na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados: Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS).

Os descritores utilizados para a busca foram:

Planejamento em saúde.

Fatores de risco.

Doenças Cardiovasculares.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares (DCV) contribuem, consideravelmente, para a alta morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento e o aumento de sua incidência tal como a necessidade de intervenções eficazes tem sido alvo de vários estudos e despertado interesse especial por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar elevados custos sociais e econômicos (SIMÃO *et al.*, 2002).

As DCV são caracterizadas pela alteração no funcionamento do sistema circulatório constituído pelo coração, veias, artérias, capilares e vasos sanguíneos e representam um termo amplo que inclui várias doenças cardíacas e vasculares mais específicas (SIMÃO *et al.*, 2002).

Essas doenças cardiovasculares incluem doença das artérias coronárias, ataque cardíaco, angina, síndrome coronariana aguda, aneurisma da aorta, arritmias, doença cardíaca congênita, insuficiência cardíaca e doença cardíaca reumática. (ROCA, 2002).

As doenças cardiovasculares não afetam determinados grupos populacionais, nem têm em conta classe social, grupo étnico ou gênero. Elas têm maior possibilidade de se apresentar com a ocorrência de fatores de risco, os quais representam um conjunto de fenômenos dos quais depende a probabilidade maior ou menor de adoecer ou morrer (ROCA, 2002).

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares são condições que provocam um aumento do aparecimento de uma doença do coração ou dos vasos sanguíneos e podem ser divididos em imutáveis e mutáveis (SANTOS FILHO; MARTINEZ, 2002) e em maiores e menores (ALVAREZ, 2008).

No que diz respeito aos fatores mutáveis, isto é, aqueles possíveis de serem transformados, na vigência de mudanças no estilo de vida, temos: o tabagismo, a hipertensão, o diabetes, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo e o colesterol.

O tabagismo, de acordo com Araújo *et al.* (2004), é avaliado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença tendo em vista que a nicotina contida no cigarro causa dependência, gerando alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. Essa dependência aumenta na medida em que se aumenta a intensidade e duração do hábito de fumar e pode ser diminuído com a interrupção do uso do tabaco.

Ainda segundo esses autores, o tabagismo implica em uma série de doenças, dentre as quais se sobressaem as doenças cardiovasculares, pulmonares e vários tipos de câncer. Fisiologicamente, a nicotina aumenta a frequência cardíaca e a pressão além de agir na elevação dos níveis de colesterol e na coagulabilidade sanguínea. Destaca-se, ainda, que o tabaco pode anular a atuação de alguns medicamentos para doenças cardiovasculares. Ele, em si, não se constitui em um fator causador de hipertensão arterial. Contudo, pacientes hipertensos e fumantes apresentam maior risco de morte por hipertensão e cardiopatia isquêmica. (ALVARES, 2008)

A Hipertensão arterial é o fator de risco bem conhecido para o desenvolvimento de aterosclerose, produzindo múltiplos efeitos adversos no sistema cardiovascular. A mortalidade é quase três vezes superior nas pessoas hipertensas que as normotensas. (ALVAREZ, 2008).

A pressão arterial elevada afeta não somente o coração, mas também pode provocar doenças sérias no cérebro, rins e extremidades; aliás, como às vezes não causa sintomas, é conhecida como a "assassina silenciosa" (ALVAREZ, 2008).

Segundo Alvarez (2008), a presença de diabetes é o fator de risco importante para o desenvolvimento da doença isquêmica coronariana. A diabetes provoca danos nos pequenos vasos sanguíneos de modo difuso e, além disso, afeta outros órgãos como rins, responsável das insuficiências renais. Daí a importância de manter o controle estrito dos níveis de glicemia para poder diminuir consideravelmente esses riscos.

A obesidade é originada por fatores genéticos e ambientais e estes se apoiam na alta incidência de obesidade em países desenvolvidos. Esta não deve ser avaliada só em termos de peso absoluto; deve ser, também, ser valorada pela forma em que a gordura é distribuída e sua porcentagem, reconhecidos são os fatores determinantes. Com frequência, a obesidade se relaciona com outros fatores de risco como a diabete, hipertensão arterial, hipercolesterolêmica e sedentarismo (ALVAREZ, 2008).

Ainda de acordo com Alvarez (2008), a inatividade física ou sedentarismo é um fator de risco bem definido para o desenvolvimento de aterosclerose. O exercício regular aumenta os níveis de colesterol bom (HDL colesterol), diminui o sobrepeso, ajuda o desenvolvimento da circulação colateral, diminui a pressão arterial, melhora o controle da glicemia em diabéticos, normaliza os fatores de coagulação, diminui a probabilidade de formação de trombos, dentre outros.

A despeito de que alguns profissionais têm estabelecido que o álcool contribui para diminuir a doença isquêmica cardíaca, isto não se constitui em recurso a ser usado para fomentar o uso abusivo dele. Alvarez (2008) alerta que o consumo elevado de álcool aumenta, significativamente, o risco de doença isquêmica cardíaca, hipertensão arterial e acidentes cerebrovasculares e produz dano ao miocárdio.

O problema do alcoolismo é um dos mais difíceis no que diz respeito à obtenção de resultados satisfatórios, pois é um problema sociosanitário (SIMÃO *et al.*, 2002).

Ressalta-se, ainda, que se tem comprovado o valor preditivo dos níveis de colesterol HDL como fator de risco em relação inversa à aparição da doença cardiovascular. O fato de que as mulheres na idade fértil tenham uma incidência menor de doenças cardiovasculares tem relação direta com níveis mais elevados de HDL, o qual se deve à ação dos estrogênios. As mulheres perdem esta vantagem em relação aos homens com a menopausa. A forma de aumentar o HDL e equilibrar a proporção entre LDL e HDL, ou seja, de diminuir o risco de doenças cardíacas, é substituir a ingestão de gorduras saturadas por monoinsaturadas e aumentar o exercício físico (ALVAREZ, 2008).

No que diz respeito aos fatores de risco de doenças cardiovasculares imutáveis, isto é, aqueles que não podem ser mudados, embora não seja possível reverter totalmente esses fatores, podem-se buscar maneiras de aprender a conviver com eles: idade, hereditariedade, sexo e raça (ALVARES, 2008).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão há uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade da pessoa, sendo a prevalência de hipertensão arterial superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Portanto, o risco de se desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avançar da idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quanto ao sexo e etnia, a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é similar apesar de ser mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir dessa faixa etária, ou seja, passa a ser mais elevada nas mulheres após a idade de 50 anos. No que concerne à cor, a hipertensão é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca. Estudos brasileiros relatam existir maior predomínio de HAS em mulheres negras em relação às brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quanto à hereditariedade, pode dizer que os fatores genéticos para a origem da HAS estão bem estabelecidos na população. Contudo, não existem, ainda, “variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p.3).

Espera-se alcançar em futuro próximo a diminuição das doenças cardiovasculares, tendo como relação direta uma maior informação sobre os riscos e também mudanças de estilo de vida. Afinal, como relatam Santos Filho; Martinez (2002, p. 212):

O controle de alguns dos fatores de risco independentes reduziu de forma importante a morbimortalidade secundária à aterosclerose. O controle da HAS diminuiu o AVC em 42% e a Doença Coronária Isquêmica (DIC) em 15%. A redução do LDL-colesterol em cerca de 30% diminuiu o risco de infarto do miocárdio em 33%, o AVC em 29% e a mortalidade cardiovascular em 28%. A abstenção do fumo pode diminuir o risco de mortalidade em até 70% em indivíduos já portadores de DIC.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito anteriormente, este plano foi feito com base no PES e seguiu quatro momentos, que por sua vez, são divididos em passos.

**Terceiro passo. Descrição do problema selecionado.** Uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.

**Quarto passo. Explicação do problema.** Neste passo explicamos o problema com o objetivo de entender a gênese dele.

A análise se baseou nos dados da tabela 4 onde se identifica que mais de 50% da população maior de 15 anos apresenta fatores de risco cardiovasculares. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento, já que não temos dados com respeito a internações, óbitos, entre outros, que poderiam reforçar mais o problema em questão.

O modelo de desenvolvimento econômico e social estabelecido determina tanto o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico determinado (as pessoas pensam como vivem), assim como as políticas públicas, que por sua vez influenciam: hábitos e estilos de vida inadequados como sedentarismo, hábitos alimentares impróprios, tabagismo e alcoolismo; incremento do nível de pressão social dado por incremento de desemprego, violência e baixos salários; e baixo nível de informação da população sobre os riscos, agravos e direitos sociais.

As políticas públicas influenciam o modelo assistencial da Estratégia Saúde de Família que não é desenvolvida adequadamente e, assim, interfere no processo de trabalho, dificultando no uso de protocolos, apoio diagnóstico, referência e contra referência.

Por não existir um funcionamento adequado, não se consegue modificar adequadamente o desenvolvimento de riscos ou agravos. Como os hábitos e estilos de vida inadequados, unidos a fatores hereditários que estão associados com a



ocorrência de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e ao aumento de risco cardiovascular. O que pode levar ao Infarto Agudo de Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e Doença renal crônica, assim como invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e da mortalidade.

Também foram identificados os "nós críticos" relativos aos riscos cardiovasculares: hábitos e estilos de vida inadequados, baixo nível de informação sanitária, dificuldades na organização do processo de trabalho da equipe de saúde segundo modelo assistencial estratégia de saúde de família.

Portanto, nosso plano de intervenção buscará minimizar e ou resolver esse problema considerado prioritário pela equipe de saúde da família, tal, seja, riscos cardiovasculares.

**Quinto passo. Seleção dos “nós críticos”.** A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando “atacadas”, são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Nossa equipe propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução (Quadro 3).

**Quadro 3- Desenho das operações para os "nos críticos" do problema risco.**

No crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
<b>Hábitos e estilos de vida inadequados</b>	<b>Eu posso sim/</b> Modificar hábitos estilos de vida	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	Programa educativo na população	<u>Organizacional:</u> para organizar as atividades físicas <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema <u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social intersectorial com a rede de ensino <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Nível de informação sanitária</b>	<b>Mais conhecimento em saúde/</b>  Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	População mais informada sobre riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população.	<u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. <u>Organizacional:</u> organização da agenda. <u>Político:</u> articulação intersectorial e mobilização social
<b>Organização do processo de trabalho da equipe de saúde</b>	<b>Melhor trabalho/</b> Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado.	Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado; protocolos implantados; recursos humanos	<u>Cognitivo:</u> elaboração de projeto do sistema de cuidados e protocolos. <u>Político:</u> articulação entre

			capacitados; regulação implantada	os setores da saúde e adesão dos profissionais <u>Organizacional:</u> adequação de fluxos
--	--	--	---	--

O momento normativo se formou a partir dos passos:

**Sexto passo. Desenho das operações.** As operações são um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrevê-las, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

**Sétimo passo. Identificação dos recursos críticos.** Identificamos os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

No quadro 4, encontram-se descritos os recursos críticos identificados pela equipe.

**Quadro 4** - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema risco cardiovascular aumentado.

<b>Operação/ Projeto</b>	
<b>Eu posso sim</b>	<u>Político:</u> conseguir o local, mobilização social intersectorial com a rede de ensino. <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Mais conhecimento em saúde</b>	<u>Político:</u> articulação intersectorial e mobilização social
<b>Melhor trabalho</b>	<u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

No momento estratégico, buscou-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo desenhado, desenvolvendo os seguintes passos:

**Oitavo passo. Análise de viabilidade do plano.** Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos, como sintetizado no quadro 5.

**Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores.**

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Eu posso sim/ Modificar hábitos estilos de vida</b>	<u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social intersetorial com a rede de ensino <u>Financeiro</u> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de educação  Secretario de saúde	Favorável  Favorável	Não é necessária
<b>Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares</b>	<u>Político</u> : articulação intersetorial e mobilização social	Secretaria de educação	Favorável	Apresentar o projeto educativo
<b>Melhor trabalho/ Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.</b>	<u>Político</u> : articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretario de saúde	Favorável	Não é necessária

**Nono passo. Elaboração do plano operativo.** Aqui foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das operações, conforme apresentado no quadro 6.

**Quadro 6 - Plano operativo.**

<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Eu posso sim/ Modificar hábitos estilos de vida</b>	Diminuir em 20% o número de tabagistas, obesos e sedentários.	Programa educativo na população	Não é necessária	Enfermeira e Técnico de enfermagem	Três meses para o início das atividades
<b>Mais conhecimento em saúde/ Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares</b>	População mais informada sobre riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população.	Apresentar o projeto educativo	Enfermeira e ACS	Início em seis meses e termino em doze meses. Avaliação aos doze meses.
<b>Melhor trabalho/ Estabelecer o sistema de cuidado para risco cardiovascular aumentado.</b>	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado.	Sistema de cuidado para risco cardiovascular implantado; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada.	Não é necessária	Médica e coord. de ABS	Início em três meses e término em doze meses.

Por fim, no momento tático-operacional, momento de execução do plano, deve-se trabalhar sobre a base de:

**Décimo passo. Gestão do plano**, em que vamos desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A despeito de ter, no Brasil, programas de prevenção das doenças cardiovasculares na atenção básica, ainda existe um aumento das doenças cardiovasculares, propiciado pelo aumento de fatores de risco controláveis como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, entre outros.

Neste contexto, no plano de intervenção elaborado e aqui apresentado, buscamos minimizar e resolver esse problema considerado prioritário pela equipe, tal seja, riscos cardiovasculares.

Com o desenvolvimento dele, torna-se importante as relações da equipe com a comunidade, já que se constitui em um mecanismo para oferecer ferramentas à população que possibilitem um adequado manejo dos fatores de riscos, incrementando o nível de conhecimento sobre o tema. Nos espaços de reuniões, a população mostra-se motivada e interessada em controlar as doenças, além de que foi possível se ter profissionais mais capacitados.

Ressalta-se ser interessante implementar esta proposta nas equipes do município com o apoio de funcionários da secretaria de saúde, para melhorar os indicadores relacionados com as doenças cardiovasculares e favorecer a nossa principal função: a medicina preventiva.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ S., R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social. Havana: **Editorial Ciências Médicas**, v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.

ARAÚJO, A. J. *et al.* Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** [online]. v.30, suppl.2, p. S1-S76, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001: 104 p.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

ROCA, G. R. **Temas de Medicina Interna**. , 4. ed. tomo 1. Havana: Editorial Ciências Médicas. Quinta parte. p. 239 - 523. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ICARAI DE MINAS. Prefeitura. 2016. Disponível em: <http://www.juatuba.mg.gov.br>. Acesso em: set. 2013.

SIMÃO, M.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M.; CESARINO, E. J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico on line] v.4, n.2, p. p. 27 – 35, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95(1 supl.1), p. 1-51. 2010;



VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 .

