

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

MARIUSKY DEL RIO GARCIA

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR FATORES DE RISCO QUE
INFLUENCIAM A ALTA TAXA DE MORBIMORTALIDADE
ASSOCIADAS AO RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DE
VILA NOVA.**

MACEIO – ALAGOAS
2016

MARIUSKY DEL RIO GARCIA

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR FATORES DE RISCO QUE
INFLUENCIAM A ALTA TAXA DE MORBIMORTALIDADE
ASSOCIADAS AO RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DE
VILA NOVA.**

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

Orientadora: Prof.^a Valéria Bezerra Santos

**MACEIÓ – ALAGOAS
2016**

MARIUSKY DEL RIO GARCIA

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR FATORES DE RISCO QUE
INFLUENCIAM A ALTA TAXA DE MORBIMORTALIDADE
ASSOCIADAS AO RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DE
VILA NOVA.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Valéria Bezerra Santos - UFAL

Examinador 2 – Prof.^a Polyana Oliveira Lima - UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de maio de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre me guiar na vida.

Aos meus pais e meus avós pelo amor oferecido.

Aos meus irmãos por ser tudo.

Ao meu esposo por seu apoio incondicional.

Aos meus amigos pela confiança em mim.

A minha orientadora, Valéria Bezerra Santos, pelo seu ensinamento.

A todas as pessoas que fizeram possível para a realização deste sonho.

RESUMO

O Risco Cardiovascular é na atualidade um grande problema da Saúde Pública, que atinge todos os países do mundo, no Brasil como em outros países, a principal causa de morte está associada às Doenças Cardiovasculares, as quais tem manifestações nos vasos sanguíneos e coração. Existem vários fatores de risco que estão associados ao padecimento destas doenças. Podendo dividir eles num conjunto de fatores individuais sobre os quais se pode influir e modificar, e um conjunto de fatores não modificáveis, que também podem influir significativamente para o desenvolvimento dessas doenças. Utilizou-se o Método de Estimativa rápida para a seleção do problema principal e teve como objetivo montar um Plano para intervir no alto risco cardiovascular da população. De um total de 2.492 pessoas, 1.368 são maiores de 20 anos o que representa o 54,89% da população, deles 34% tem risco cardiovascular, onde foram incluímos os pacientes com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), diabetes mellitus, obesidade, gordura abdominal, cardiopatias, dislipidemias, tabagistas, alcoólatras, etc. O projeto foi feito usando o Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme Campos, Faria, Santos (2010), mediante a pesquisa bibliográfica, na modalidade de revisão narrativa utilizando as bases de dados da LILACSe SciELO. Utilizou-se os descritores de Ciências da Saúde como: Doenças cardiovasculares e educação em saúde. Tem-se como objetivo diminuir os fatores de risco que influenciam a alta taxa de morbimortalidade associadas ao Risco Cardiovascular e aumentar o nível de conhecimento da população que abrange a Unidade Básica de Saúde Vila Nova em Colônia Leopoldina, Alagoas, como dos profissionais de saúde, deixando um legado que impulse a realização de futuros estudos assim como manter a Educação Permanente como um instrumento necessário para a diminuição de incidência de Riscos Cardiovasculares.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular risk is today a major problem of public health, which affects every country in the world, in Brazil as in other countries, the main cause of death is associated with cardiovascular disease, which has manifestations in the blood vessels and heart. There are many risk factors that are associated with suffering from these diseases. They may share a set of individual factors on which they can influence and modify, and a set of non-modifiable factors, which can also significantly influence the development of these diseases. We used the quick estimation method for selecting the main problem and aimed to build a plan to intervene in high cardiovascular risk population. A total of 2,492 people, 1,368 are over 20 years representing 54.89% of the population, 34% of them have cardiovascular risk, which were included patients with hypertension (Hypertension), diabetes mellitus, obesity, fat abdominal, heart disease, dyslipidemia, smokers, alcoholics, etc. The project was done using the Situational Strategic Planning (PES), as Campos, Faria, Santos (2010), by literature, in the form of narrative review using the LILACSe SciELO databases. We used the Health Sciences descriptors such as cardiovascular diseases and health education. It has aims to reduce the risk factors that influence the high rate of morbidity and mortality associated with cardiovascular risk and increase the population's level of knowledge covering the Basic Health Unit Vila Nova in Cologne Leopoldina, Alagoas, as health professionals, leaving a legacy that impulse to future studies and to maintain the Permanent Education as a necessary tool to reduce the incidence of Cardiovascular Risk.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Health Education.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 JUSTIFICATIVA: | 13 |
| 3 OBJETIVOS..... | 14 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 16 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 20 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 25 |
| REFERÊNCIAS..... | 26 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Município:

Nome: Colônia de Leopoldina

Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes:

Colônia de Leopoldina é um município brasileiro do estado de Alagoas, situada a 155m acima do nível do mar, a uma distância de 117 km ao leste da capital alagoana, Maceió. Ao norte, limita-se com o estado de Pernambuco, a sul com Joaquim Gomes, a leste com Novo Lino e a oeste com Iateguara. Tem uma área de 287.459km² e uma população de 20.507hab. (IBGE/2012). Com um IDH (índice de desenvolvimento humano) de 0,578 baixo.

1. 2 Histórico de criação do município

O nome anterior da cidade era Colônia Militar. O nome atual tem origem numa visita do Imperador Dom Pedro II acompanhado da princesa Leopoldina.

Sua origem reporta-se aos fins do século XVII, quando nas terras ocupadas atualmente pelo município, existia um engenho cercado por propriedades pequenas glebas (terreno feudal).

Após ser extinta a Colônia Militar em 1867, a população cresceu de forma relevante, passando a localidade a se converter em distrito do município de Porto Calvo. Ganhou a condição de cidade no dia 20 de julho de 1923. (ALVES,2013)

A atividade mais importante do município e a monocultura de cana de açúcar para produção de álcool e açúcar, desempenhada principalmente pela Usina Taquara e destilaria Porto Alegre. Os cultivos de banana praticados por pequenos e mini proprietários, também se destacam no município. Mas a maioria dos produtos comercializados no município é do agreste Pernambucano.

1.3 Aspectos Geográficos

Indicadores:

Área total do município: 287,459Km²

Nº aproximado de domicílios e famílias: 4.108 Domicílios e 5.771 Famílias.

1.4 - Aspectos Socioeconômicos

Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0.578

Taxa de Urbanização: 74%

Renda Média Familiar R\$156.00

% de Abastecimento de Água Tratada: 68,62% famílias com abastecimento de água pela rede pública.

% de recolhimento de esgoto por rede pública: 78,20%

Principais Atividades Econômicas: Monocultura da cana de açúcar para a produção de álcool e açúcar.

1.5 - Aspectos Demográficos 1:

Quadro1: Aspectos Demográficos 1

Município: Colônia de Leopoldina

Quadro 1: Distribuição da população segundo território e faixa etária. Colônia Leopoldina. 2015.

| Município: Colônia de Leopoldina | | | | | | | | | | | Nº de indivíduos: 20.507habitantes | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| F | Etária | > 1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-59 | 60+ | TOTAL | | | | | | | | | | |
| Área | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Área Urbana | | 375 | 1393 | 2176 | 2427 | 2000 | 2975 | 2604 | 3059 | 926 | 2572 | | | | | | | | | | |
| Área Rural | | 18 | 100 | 119 | 90 | 110 | 528 | 300 | 450 | 857 | 17935 | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | 393 | 1493 | 2295 | 2517 | 2110 | 3503 | 2904 | 3509 | 1783 | 20507 | | | | | | | | | | |

Fonte:DATASUS/MS/IBGE

1. 6 Território e População Adscrita:

No município tem 8 UBS (unidades básicas de saúde), 2 delas encontra-se na área rural de Taquara e a Usina Porto Alegre. O resto fica na cidade (zona urbana). Nossa UBS localiza-se no Bairro Vila Nova, perto do cemitério, onde antigamente

existia a lixeira do município, segundo dados informados pelos próprios vizinhos da unidade.

A maioria dos moradores do Bairro chegou a Colônia de Leopoldina da zona rural mais perto, na busca de melhoras sócio econômicas.

A maioria das pessoas tem como principal emprego a monocultura da cana de açúcar, e são mais vinculados às Usinas e Destilarias perto da cidade.

1.7 - Nível de alfabetização:

Existem 432 crianças de 7 a 14 anos nas escolas, de 15 anos a mais alfabetizados são 1.221 pessoas, para um 71,82% alfabetizados nesta faixa etária. O índice de analfabetismo é muito mais apreciável nas idades acima de 50 anos, segundo dados do SIAB, 2015.

1.8 - Como vivem, de que vivem como morrem.

O município de Colônia Leopoldina é muito pobre, com baixos recursos econômicos, prevalecendo as famílias numerosas. Com casas que em sua maioria tem condições desfavoráveis.

As principais causas de morte no município tratam-se das doenças crônicas, com um número elevado de mortes decorrentes de doenças do aparelho circulatório, como, Infarto do miocárdio e AVC. Na área em estudo não está isenta disso, entretanto os óbitos por causas externas têm aumentado em decorrência da violência associada ao uso de drogas.

1.9 - Recursos da comunidade:

Saúde:

A comunidade conta com uma estrutura de saúde integrada em rede, constituindo um sistema único organizado, embora não consiga satisfazer todas as necessidades de saúde da população, de forma geral.

O sistema de saúde do município conta com um Hospital, que oferece serviços de laboratório clínico, urgência e emergências.

Além disso, conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o Centro de Reabilitação, que dispõe de serviços como: Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. O município também oferece serviços em: Nutrição, educação física criando neste ano a Academia de Saúde, também tem odontologia, ortopedia e ginecologia.

Educação:

O município tem cinco escolas, onde quatro delas oferecem ensino primário e uma oferece ensino médio. Numa delas, numa seção, funciona para as crianças com deficiências físico motoras, e mentais. Existem sete creches e dez igrejas, a mais antiga fica no centro da cidade sendo da religião católica.

Serviços existentes:

O município é servido por uma agência do Banco do Brasil e outra do Banco Bradesco, e uma Agência dos Correios.

Tem serviço de abastecimento de água conectado a rede pública em 68,62% da população, tem rede de esgoto, mas com condições não favoráveis por não ser fechadas e vertidas nos rio.

Além disso, tem energia elétrica e serviço de telefonia das operadoras, Tim e Oi.

Sistema local de saúde:

A UBS em estudo, não fica perto do centro da cidade, ficando longe do Hospital, contudo, o município oferece ambulâncias em caso necessário, o que possibilita o acesso ao serviço do Hospital.

No momento, a ESF encontra-se num local que fica acessível para os usuários, constituindo, assim, a porta de entrada ao SUS.

Embora neste momento o local não seja o melhor, aguarda-se a inauguração do novo posto de saúde com melhores estruturas.

A equipe tem médico, enfermeiro, técnica de enfermeira, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia, uma recepcionista, um serviços gerais e cinco agentes comunitários de saúde.

Sua área de abrangência é de 2.492 pessoas segundo o SIAB, 2015 do município, divididas em 5 micro áreas, para um total de 646 famílias cadastradas.

Quadro 2: Aspectos demográficos: população, por grupos de idade e sexo, no território da Equipe de Saúde da Família 003, em Colônia Leopoldina, ano 2015.

| Idade | >1 | 1-4 | 5-6 | 7-9 | 10-14 | 15-19 | 20-39 | 40-49 | 50-59 | 60 e mais | TOTAL |
|------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Masculino | 10 | 92 | 43 | 84 | 144 | 154 | 356 | 129 | 88 | 100 | 1200 |
| Feminino | 15 | 81 | 68 | 88 | 167 | 178 | 356 | 133 | 81 | 125 | 1292 |
| Total | 25 | 173 | 111 | 172 | 311 | 332 | 712 | 262 | 169 | 225 | 2492 |

Fonte:SIAB

A UBS encontra-se na periferia do município de Colônia de Leopoldina, localizada no Bairro Vila Nova. A área apresenta uma situação epidemiológica complexa dada o alto grau de aglomeração e baixa renda, assim como o baixo nível educacional que tem uma influência com a baixa percepção do Risco Cardiovascular, e desenvolvendo hábitos e estilos de vidas inadequados que levam a complicações e até óbitos por essa causa.

2 JUSTIFICATIVA:

Analisou-se que o mais urgente e onde mais influencia a equipe a exercer é: no alto risco cardiovascular da população.

De acordo com Alves (2013) há um total de 2.492 pessoas, 1.368, destas, são maiores de 20 anos o que representa o 54,89% da população, deles 34% tem risco cardiovascular, onde foram incluímos os pacientes com HAS, diabetes mellitus, obesidade, gordura abdominal, cardiopatias, dislipidemias, tabagistas, alcoólatras, etc.

Isso está influenciando diretamente na morbimortalidade da área.

Segundo dados fornecidos pelo departamento de estatística da Secretaria de Saúde do município, desde janeiro de 2014 até abril de 2015, da área que abrange a equipe em foco, faleceram vinte pessoas. Do total de falecidos, treze ocorreram no município e sete, fora do mesmo. Treze morreram produto de doenças vinculadas ao risco. (SIAB, 2014)

A equipe está se questionando: o que está influenciando na população do Bairro Vila Nova, que está provocando repetidos eventos e mortes por causa cardiovascular?

Primeiro tem-se que prestar atenção ao estilo de vida, e as condições de vida que a população em estudo tem. Alguns padrões de consumo, rotinas, hábitos podem estar vinculados ao desenvolvimento de doenças crônicas numa população ou grupo de pessoas. Aqui se pode citar: alimentação inadequada, o sedentarismo, os hábitos tóxicos como tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, o estresse, nível de escolaridade ou educacional, profissão, etc. As condições de vida também estão muito relacionadas a diferentes riscos ou doenças que podem aparecer como fator comum de um grupo populacional, influenciando questões sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais.

Sem esquecer-se de falar do risco cardiovascular, do padrão da herança, além da eficiência e eficácia dos sistemas de saúde para garantir os recursos necessários para a população.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Diminuir os fatores de risco que influenciam a alta taxa de morbimortalidade associadas ao Risco Cardiovascular na população de Vila Nova, Colônia Leopoldina, Alagoas.

Objetivos Específicos:

Identificar as pessoas com fatores de riscos ou condições que influenciam na alta taxa de Risco Cardiovascular de População.

Desenvolver uma intervenção educativa para modificar positivamente o conhecimento dos pacientes com risco cardiovascular e diminuir a morbimortalidade associada ao Risco Cardiovascular.

4 MÉTODOLOGIA:

Este projeto de intervenção será executado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Nova, pertencente ao município Colônia de Leopoldina.

Durante uma observação nas consultas e visitas domiciliares programadas e feitas pela equipe encontrou-se grande quantidade de pacientes com doenças crônicas ou fatores de riscos que estão associadas ao Risco Cardiovascular, além disso, observa-se pouco conhecimento dos pacientes e suas famílias sobre o Risco Cardiovascular, assim como suas complicações.

O projeto foi feito usando o Planejamento Estratégico Situacional (PES), mediante a pesquisa bibliográfica, na modalidade de revisão narrativa conforme Campos, Faria, Santos (2010), mediante a pesquisa bibliográfica, na modalidade de revisão narrativa utilizando as bases de dados da LILACSe SciELO. com os **descritores**: Doenças cardiovasculares, Educação em Saúde.

Utilizou-se o Método de Estimativa rápida para a seleção do problema principal e teve como objetivo montar um Plano para intervir no alto risco cardiovascular da população.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Pozzan, Rosilee e Pozzan, Roberto (2004, p.97), a partir da segunda metade do século XX, observou-se alterações nos hábitos alimentares, além de adoção de estilos de vida sedentários o que contribuíram para a epidemia crescente de doenças crônicas tais como, a obesidade, a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) as quais freqüentemente estão associadas com alterações dos lipídios e risco elevado de doenças cardiovasculares.

O Risco Cardiovascular é considerado como a possibilidade que tem um paciente de ter um evento cardiovascular, ele não ocorre de forma isolada tem uma série de riscos associados que acrescentam o risco de desenvolver o evento. Podendo dividir eles num conjunto de fatores individuais sobre os quais se pode influir e modificar, e um conjunto de fatores não modificáveis, que também podem influir significativamente para o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares, segundo Portugal (2014, p. 5) Entre os principais Fatores de Risco Cardiovascular, encontra-se:

- Tabaco.
- Sedentarismo.
- Stress*
- Obesidade e excesso de peso
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- Diabetes Mellitus (DM)
- Dislipidemias.
- Síndrome Metabólica.
- Hábitos e Estilos de Vida inadequados.

Existem, contudo outros fatores de risco chamados não modificáveis, que contribuem significativamente para um maior Risco Cardiovascular. Entre os não modificáveis, encontram-se:

- Idade avançada
- Sexo masculino

-História familiar de evento Cardiovascular.

O IMC é uma medida simples e reprodutível do grau de obesidade de um indivíduo, sendo utilizada para mensurar o nível de adiposidade em grandes estudos populacionais. Diversos estudos já demonstraram que quanto maior o IMC da população, maior é a prevalência de fatores de risco cardiovascular, (CERCATO *et al*, 2000 p. 43).

A obesidade abdominal ou visceral está ainda mais relacionada a eventos cardiovasculares. Vários estudos demonstram a associação da obesidade com doenças cardiovasculares. “A avaliação de homens e mulheres participantes do estudo de Framingham, em um período de 26 anos, revelou que a obesidade é um fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares” (MANSON *et al*, 1990 *apud* CERCATO *et al*, 2000, p. 44).

O Ministério da Saúde propõe a análise e classificação do risco cardiovascular mediante o escore Framingham, porém expõe no Caderno da Atenção Básica, n 29, 2013, que esse e outros instrumentos de avaliação clínica com é o QRISK, criado pelos britânicos para avaliação da população inglesa estão em constantes modificações, “por isso alguns algoritmos sugerem adaptações ao escore Framingham com a finalidade de torná-lo mais preciso” (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, Rastreamento 29, v.2, p.44 2013)

Dados recentes mostram a diminuição da mortalidade por doença aterosclerótica coronária (DAC) nos Estados Unidos. Estima-se que, entre os anos de 1980 e 2000, quase 150.000 mortes foram evitadas (em torno de 44% do total) devido ao controle de fatores de risco (FR), como hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistólica, tabagismo e sedentarismo. Pelos dados do estudo AFIRMAR (estudo de avaliação dos fatores de risco associados com o infarto do miocárdio no Brasil), também se verifica que, no Brasil, a maioria dos FR para infarto agudo do miocárdio (IAM) são passíveis de prevenção, segundo (SCHERR, PINTO, 2009, p.1-2). Se faz importante a identificação e prevenção dos fatores de riscos associados ao Risco Cardiovascular, para evitar mortes preveníveis no Brasil.

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos

cardiovasculares. Meta-análise de 354 estudos clínicos releva que a redução da morbidade e mortalidade é proporcional à queda da pressão arterial, tanto sistólica quanto diastólica, podendo reduzir em até 46% a ocorrência de infartos do miocárdio e em 63% o número de acidentes vasculares encefálicos. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos, com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg), revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR, 2013, p.13)

Outros estudos recentes afirmam que as doenças crônicas como a HAS e o DM podem ser prevenidas ou postergadas optando pelas mudanças no Estilo de Vida. Sugerindo adotar um grupo de medidas que reduzem o risco de mortalidade cardiovascular. Os pesquisadores referem a importância de adotar uma vida saudável desde a infância e a adolescência. Como principais recomendações estão: ingestão de alimentos saudáveis, baixo consumo de sódio e álcool, adequada ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo assim como o controle do peso corpóreo. Sendo essas recomendações tanto para a prevenção das doenças crônicas como a HAS e o DM como coadjuvantes do tratamento medicamentoso, conforme. (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR, 2013, p. 17-29).

O DM também tem aumentado notavelmente sua incidência e a projeção é de que haverá 300 milhões de adultos com DM no mundo em 2030; na atualidade disse-se que 180 milhões de indivíduos tem DM. No Brasil o censo de 2010 apontou um aproximado de 17 milhões tem diagnóstico da doença, acredita-se que essa elevação está devido ao aumento da prevalência da obesidade, sedentarismo, urbanização, entre outros, como se descreve na (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR, 2013, p. 24-30).

“Existe uma grande influência de fatores biológicos e sociais no perfil de risco dos indivíduos, o que pode levar a uma maior incidência das DCV em alguns segmentos da sociedade” (SCHERR, PINTO, 2009, p.1). Geralmente em sociedades mais desenvolvidas existe maior incidência de Doenças Cardiovasculares (DCV) associadas ao alto índice de sedentarismo e a alimentação inadequada favorecendo aparição de doenças crônicas e ao risco cardiovascular, porém em comunidades mais pobres também existem números consideráveis de doenças crônicas e fatores associadas ao risco cardiovascular, colocando-se na primeira causa de morte na

população. Influenciado freqüentemente ao baixo nível educacional, e a baixa adesão ao tratamento.

Modificações no estilo de vida são uma das formas possíveis para diminuir o risco cardiovascular da população tanto em sociedades desenvolvidas quanto nas mais pobres. Medidas de promoção em saúde e de educação permanente favorecem a melhorar os valores de pressão arterial, dos níveis de glicemia e dos lipídios em sangue, e por tanto diminuem o risco cardiovascular. Estas medidas além de ser de baixo custo e de mínimo risco aumentam a eficácia do tratamento. Como também afirma RAMOS, (2012, p.5) num estudo feito numa população do estado de Minas Gerais.

A realização de atividades educativas tem sido a principal arma das Equipes de Saúde para tentar o controle da mortalidade por DCV, atividades de promoção e prevenção devem formar parte do cronograma de atendimento das UBS (Unidades Básicas de Saúde). Conhecendo que as DCV não tem cura e o controle assim como o tratamento requer de uma equipe multiprofissional, recursos médicos e de diagnóstico, como de longo período de tempo. Faz-se necessário um conjunto de medidas de Educação Permanente em Saúde que, aliás, são de baixo custo quando comparados com os recursos necessário para o controle das doenças já diagnosticadas. Porém, como afirma Duarte Maria de Fatima *et al* (2003, p. 136).

É fundamental que toda a equipe de saúde disponha das informações e dos recursos necessários para levar adiante um programa completo de prevenção, iniciando-se nas unidades de saúde. O treinamento das equipes de saúde deve considerar a mudança de fatores comportamentais, incluindo as condições ambientais e organizacionais do trabalho, mas também e, principalmente, as condições de vida da população.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, a prevenção e controle das DVC devem estender-se em três níveis: formulação de políticas, atividades comunitárias e a sensibilização dos serviços de saúde. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2002 *apud* DUARTE MARIA DE FATIMA *et al*, 2003, p. 134)

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

“Mais importante do que diagnosticar no individuo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão, ou a presença de dislipidemia, é avalia-lo em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal crônico” (BRASIL n. 29, p.43, 2013).

Falar de risco cardiovascular é muito amplo, tratando-se da ideia que seria necessário identificar os riscos que tem a pessoa de ter um evento cardiovascular, esses riscos podem ser, altos, intermediários e baixos, segundo:(BRASIL n.29, p.43-44, 2013). Tem-se que prestar atenção ao Estilo de vida, e as condições de Vida que a população em estudo tem. O Estilo de vida tem a ver com padrões sociais e culturais já implantados na população, trata-se de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de rotina do dia a dia. Porem vinculados ao desenvolvimento de doenças crônicas numa população ou grupo de pessoas.

A equipe de saúde 003 do Bairro de Vila Nova decidiu que as causas onde podia-se atuar para obter resultados para diminuir o risco cardiovascular da população são:

“Nós críticos”

1-Costumes, hábitos e estilo de vida da população.

2-Nível de conhecimento ou informação dos pacientes e suas famílias.

3-Organização e planejamento do processo de trabalho da equipe.

As ações relativas a cada “nó crítico” serão detalhadas nos quadros 3 a 5.

Quadro 3– Operações sobre o “nó crítico 1” relacionados aos “ Fatores de risco que influenciam a alta taxa de morbimortalidade associadas ao Risco Cardiovascular na população de Vila Nova”sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 003, em Colônia Leopoldina, Alagoas

| | |
|--------------|--|
| Nó crítico 1 | Costumes, hábitos e Estilo de Vida inadequada. |
| Operação | Modificar Estilo de Vida da população do bairro Vila Nova. |

| | |
|--|--|
| Projeto | Melhor Saúde |
| Resultados esperados | Diminuir 30% das Dislipidemias e Obesidade. |
| Produtos esperados | Campanha de Informação por meio do áudio móvel. Criação do grupo de pacientes com risco para lhes inserir na academia de saúde |
| Atores sociais/ responsabilidades | Equipe de Saúde (Médico, Enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de Enfermagem, Dentista e Auxiliar de Dentista), População Risco, Equipe do NASF, Equipe da Academia de Saúde Municipal, Secretaria de Educação, Secretaria de Cultura. |
| Recursos necessários | Estrutural: organização das atividades na academia de saúde, parceria e apoio de recursos humanos como a nutricionista do NUPS e professor de educação física. Meio de transporte. Não precisa Cognitivo: informação da matéria a ser tratada. Financeiro: Folhetos educativos Político: Apoio do setor político para mobilização social. |
| Recursos críticos | Organizacional: para a organização das atividades na academia de saúde, parceria e apoio de recursos humanos como a nutricionista do NUPS e professor de educação física. Meio de transporte. Financeiros: Folhetos educativos. Cognitivos: informação da matéria a ser tratada. Políticos: Apoio do setor político para mobilização social. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Setor de Comunicação Social. Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal. Motivação: Favorável |
| Ação estratégica de motivação | Não é necessária |
| Responsáveis: | Enfermeiro Fábio Palmeira, Médica: Mariusky Del Rio, ACS segundo a microárea |
| Cronograma / Prazo | 3 meses para o início das atividades |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | 12 meses para conclusão da atividade. Avaliação a cada 3 meses. |

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionados aos “Fatores de risco que influenciam a alta taxa de morbimortalidade associadas ao Risco Cardiovascular na população de Vila Nova” sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 003, em Colônia Leopoldina, Alagoas.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Nó crítico 2 | Baixo nível de informação de pacientes e famílias |
| Operação | Aumentar o nível de informação dos pacientes e familiares sobre o risco cardiovascular |
| Projeto | Mais conhecimentos |
| Resultados esperados | Pacientes e familiares mais informados sobre o risco cardiovascular |
| Produtos esperados | Avaliar nível de informação. Campanha educativa. Inserir o setor da educação para aumentar conhecimento nas crianças e estas em suas famílias |
| Atores sociais/ responsabilidades | Equipe de Saúde (Médico, Enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de Enfermagem, Dentista e Auxiliar de Dentista), População Risco e suas famílias, Secretária de Assistência Social, Equipe do NASF, Equipe da Academia de Saúde Municipal, Secretaria de Educação, Secretaria de Cultura. |
| Recursos necessários | Organizacional: Parceria com o setor de Educação. Local adequado. Financeiros: Folhetos informativos. Meios audiovisuais. Cognitivos: Conhecimentos sobre risco cardiovascular assim como tema estratégia de comunicação e pedagógicas. Políticos: Parceria com setor político e Secretaria de Saúde. |
| Recursos críticos | Organizacional: Parceria com o setor de Educação. Local adequado. Financeiros: Folhetos informativos. Meios audiovisuais. Cognitivos: Conhecimentos sobre risco cardiovascular assim como tema estratégia de comunicação e pedagógicas. Políticos: Parceria com setor político e Secretaria de Saúde. |
| Controle dos | Ator que controla: Secretaria de Educação. Secretaria de Saúde. |

| | |
|------------------------------------|--|
| recursos críticos / Viabilidade | Prefeitura Municipal. Motivação: Favorável |
| Ação estratégica de motivação | Não é necessária |
| Responsáveis: | Enfermeiro Fábio Palmeira, Médica: Mariusky Del Rio, ACS segundo a micro área, Dentista: Maysa Ferreira. |
| Cronograma / Prazo | Início em 3 meses e finalização em 12 meses |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | 12 meses para conclusão da atividade. Avaliação a cada 3 meses. |

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionados aos “Fatores de risco que influenciam a alta taxa de morbimortalidade associadas ao Risco Cardiovascular na população de Vila Nova” sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 003, em Colônia Leopoldina, Alagoas.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Nó crítico 3 | Baixa organização e Planejamento do Processo de Trabalho da Equipe de Saúde. |
| Operação | Aumentar avaliações dos pacientes com risco. Colocar em prática a referência e contra referência, com atenção secundária. |
| Projeto | Com Todos |
| Resultados esperados | Atender a 95% da população com risco cardiovascular aumentado. Melhor controle da morbimortalidade associadas ao Risco Cardiovascular. |
| Produtos esperados | Colocar em prática os protocolos de atendimentos de Risco Cardiovascular segundo Ministério da Saúde. Capacitação dos profissionais da equipe segundo grau profissional. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Equipe de Saúde (Médico, Enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de Enfermagem, Dentista e Auxiliar de Dentista), Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Vigilância em Saúde. Secretária Municipal de Saúde. |
| Recursos necessários | Organizacional: Parceria com Secretaria de Saúde para o local adequado e apoio de profissional mais capacitado no tema risco cardiovascular (Medico Especialista em cardiologia) Cognitivos: Conhecimentos sobre o tema a ser oferecido. Financeiros: |

| | |
|--|---|
| | <p>Material de estudo atualizado, Instalação de internet na UBS (Unidade Básica de Saúde) para uso do material disponível on-line, e uso da plataforma Tele- Saúde.</p> <p>Políticos: Articulação Intersetorial e apoio na divulgação da informação.</p> |
| Recursos críticos | <p>Organizacional: Parceria com Secretaria de Saúde para o local adequado e apoio de profissional mais capacitado no tema risco cardiovascular (Medico Especialista em cardiologia)</p> <p>Cognitivos: Conhecimentos sobre o tema a ser oferecido.</p> <p>Financeiros: Material de estudo atualizado. Instalação de internet na UBS.</p> <p>Políticos: Articulação Intersetorial e apoio na divulgação da informação.</p> |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | <p>Ator que controla: Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal.</p> <p>Motivação: Favorável</p> |
| Ação estratégica de motivação | Não é necessária |
| Responsáveis: | Equipe de Saúde (Médico, Enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de Enfermagem, Dentista e Auxiliar de Dentista) |
| Cronograma / Prazo | Início em 3 meses e finalização em 12 meses |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | 12 meses para conclusão da atividade. Avaliação a cada 1 meses nas Reuniões da Equipe. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para alcançar com sucesso os resultados esperados é importante o nível de compromisso e dedicação de todos os setores envolvidos no processo. Como papel fundamental desta equipe, está o desenvolvimento e execução do plano de ação com apoio da Secretaria de Saúde e a Prefeitura Municipal.

Esperamos com o desenvolvimento deste plano de intervenção aumentar o nível de conhecimento tanto da população que abrange a UBS como aos profissionais de saúde, deixando um legado que impulse a realização de futuros estudos assim como manter a Educação Permanente como um instrumento necessário para a diminuição de incidência de Risco Cardiovascular. Este projeto seria uma contribuição a outras unidades de saúde, a elevar o comprometimento com o trabalho, sendo possível com muito pouco fazer mudanças que são traduzidas em bem-estar ao povo brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALVES, Bonifacio Silva Netto. **Análise de situação de saúde**. Colônia Leopoldina: Alagoas, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Rastreamento. **Caderno de Atenção Básica**. 29,v. 2. Brasília, 2013.

CERCATO Cintia *et al.* **Risco Cardiovascular em uma população de obesos**. Faculdade de Medicina da USP, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 26, out, 2015.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo, 2013.

DUARTE, Maria de Fatima *et al.* **Estratégia de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção de saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2012. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270210&search=alagoas|colonia-leopoldina>>. Acesso em: 20 maio, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2015. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=270210&search=|colonia-leopoldina>>. Acesso em: 20, maio, 2015.

PORTUGAL, R. **Fatores de Risco Cardiovascular**. 2014. Disponível em:

<<http://www.roche.pt/portugal/index.cfm/produtos/equipamentos-de-diagnostico/informacao-diagnostico/siscardiovascular/risco>>. Acesso em: 19 maio, 2015. http://sites.vai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/12/18/no_151699/sai.

POZZAN, Rosilee. POZZAN, Roberto. **Dislipidemia, Síndrome Metabólica e Risco Cardiovascular**. Universidade de Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004_v17_no2_art04.pdf. Acesso em: 26, out, 2015.

RAMOS, A. V. **Uma experiência integrada para reduzir o risco cardiovascular na área de abrangência do Programa de Saúde da Família I, em Três Corações**. Minas

Gerais, 2012. Disponível em: <http://www.nescon.ufmg.medicina.com.br/bibliotecavirtual>. Acesso em: 10, out, 2015.

SCHERR. C, PINTO. J. **Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular**. São Paulo, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 26 out, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br>. Acesso em: 23, maio, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br>. Acesso em: 23, maio, 2015.