

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALEXZAY ACOSTA CAMPILLO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA ESF BELA VISTA**

**UBERLÂNDIA/MG**

**2016**

**ALEXZAY ACOSTA CAMPILLO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA ESF BELA VISTA**

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: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Beatriz Guimarães Ferreira

UBERLÂNDIA/MG

2016

**ALEXZAY ACOSTA CAMPILLO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE RISCOS  
CARDIOVASCULARES NA ESF BELA VISTA**

**Banca examinadora**

Examinador 1- Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Beatriz Guimarães Ferreira.

Examinador 2- Esp. Judete Silva Nunes.

Aprovado em Uberaba, em 01 de junho 2016.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a:

Minha filha fonte de inspiração,

Minha esposa por ser meu apoio incondicional,

E a todas as pessoas que fizeram possível o desenvolvimento do mesmo.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por mais essa vitória, pois a ele dedico tudo que tenho e sou. A Ele seja a honra, glória e louvor.

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

À equipe de trabalho do curso de Especialização de Estratégia de Saúde da Família.

À equipe de trabalho da secretaria de saúde do município Tiros.

À Equipe de Saúde da Família Bela Vista.

À todas as pessoas que fizeram possível a elaboração deste trabalho.

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

José Martí.

## RESUMO

As doenças cardiovasculares, como infartos e acidentes vasculares cerebrais, continuam sendo a primeira causa de morte no mundo. No Brasil, uma em cada três mortes é causada por doenças cardíacas ou acidente vascular cerebral. Identificou-se na área de abrangência da equipe Bela Vista localizada no município de Tiros, Minas Gerais, um grande número de pacientes com risco cardiovascular aumentado decorrente de estilo de vida não saudável e pela presença de doenças que constituem condições de ameaça cardiovascular, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemias. O risco cardiovascular aumentado na área da equipe foi escolhido como problema fundamental devido à importância de um bom manejo das condições crônicas e de outros fatores de risco cardiovascular modificáveis. Assim, este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para diminuir e controlar os fatores de risco cardiovascular na população da área de abrangência da ESF Bela Vista. Para tal, fez-se uma pesquisa bibliográfica na BVS, LILACS, MEDLINE e IBICS com os descritores Planejamento em saúde, Fatores de Risco e Doenças Cardiovasculares. Na intervenção pretende-se realizar educação em saúde e reforçar o cuidado para o risco cardiovascular, com vistas a modificar hábitos e estilos de vida. Esta intervenção se constitui como uma ferramenta gerencial dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde para diminuir o risco cardiovascular na população.

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

## **ABSTRACT**

Cardiovascular diseases such as heart attacks and strokes are still the leading cause of death worldwide. In Brazil, one in three deaths is caused by heart disease or stroke. It was identified in the area covered by the Bela Vista staff located in the shoots of the municipality, Minas Gerais, a large number of patients with increased cardiovascular risk due to unhealthy lifestyle and the presence of diseases that are conditions of cardiovascular threat, such as diabetes mellitus, hypertension and dyslipidemia. The increased cardiovascular risk in the team area was chosen as a fundamental problem, because of the importance of good management of chronic conditions and other modifiable cardiovascular risk factors. This study aimed to develop an intervention project to reduce and control cardiovascular risk factors in the population of the area covered by the ESF Bela Vista. To this end, we did a literature search in VHL LILACS, MEDLINE and IBECs with Health planning descriptors, Risk Factors and Cardiovascular Diseases. The intervention is intended to carry out health education and enhance care for cardiovascular risk, with a view to changing habits and lifestyles. This intervention is constituted as a management tool for professionals working in primary health care to reduce cardiovascular risk in the population.

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

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-**Número e distribuição percentual da população segundo a faixa etária e sexo da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Bela Vista do município Tiros/MG em 2014.

**Tabela 2-**Número e distribuição percentual das famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade, na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**Tabela 3-**Número e distribuição percentual do tratamento de água nos domicílios segundo tipo do tratamento na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**Tabela 4-**Número e distribuição percentual do destino final das fezes e urina na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**Tabela 5-** Número e distribuição percentual do destino dos lixos na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**Tabela 6-** Número e distribuição percentual dos tipos de casas na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**Tabela 7-** Número e distribuição percentual da morbidade das doenças crônicas por idade na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**Tabela 8-**Número e distribuição percentual da morbidade dos fatores de risco cardiovascular por idade na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO 1-** Número e distribuição percentual dos hipertensos e diabéticos esperados e cadastrados na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**Quadro 2-** Priorização dos problemas identificados segundo critérios de priorização, na área da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

**QUADRO 3-**Escore de risco para evento coronário conforme proposto pela *American Heart Association* e *American College of Cardiology* de acordo com os resultados do *Framingham Heart Study*

**QUADRO 4-**Classificação de Risco Cardiovascular de acordo com Escore de *Framingham*.

**QUADRO 5-** Desenho das operações para os nós críticos do problema riscos cardiovasculares aumentados.

**QUADRO 6-** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

**QUADRO 7-**Proposta de ações para motivação dos atores.

**QUADRO 8-**Plano operativo.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS** Agente Comunitário da Saúde.

**BVS** Biblioteca Virtual em Saúde.

**DCV** Doença Cardiovascular.

**DM** Diabete Mellitus.

**DRC** Doença Renal Crônica.

**ESF** Equipe de Saúde da Família.

**HAS** Hipertensão arterial sistêmica.

**HIPERDIA** Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica.

**IBECS** Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.

**IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**LILACS** Literatura latino-americana e do Caribe.

**MEDLINE** Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

**NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**OMS** Organização Mundial da Saúde.

**PAIF** Programa de Atendimento Integral a Família.

**PES** Planejamento Estratégico Situacional.

**SIAB** Sistema de Informação de Atenção Básica.

**SUS** Sistema Único de Saúde.

**UBS** Unidade Básica de Saúde.

## Sumário

<b>1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 - JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>23</b>
<b>3 - OBJETIVOS GERAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1-OBJETIVOS ESPECIFICOS .....</b>	<b>24</b>
<b>4-METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
<b>5-REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>26</b>
<b>6-PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>

## 1- INTRODUÇÃO

Tiros é um município do estado de Minas Gerais, localizado na Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e na Microrregião de Patos de Minas. De acordo com a classificação do IBGE, o município faz parte da microrregião de Patos de Minas que reúne 10 municípios, os quais somados possuem cerca de 250 mil habitantes, sendo Tiros o quarto menos populoso dentre os municípios do grupo, à frente apenas de Arapuá, Santa Rosa da Serra e Matutina. O município possui um enorme território se comparado a outros municípios vizinhos e uma baixa densidade habitacional de 3,30 habitantes/Km<sup>2</sup> (SAGE, 2013). Há concentração populacional na área urbana (69,72%), e nenhuma população indígena no município (IBGE, 2013).

O topônimo surgiu de um incidente entre garimpeiros que se deslocavam para o Rio Abaeté e soldados do Quartel D'Assunção, junto a um córrego localizado nas proximidades da atual sede do município. Houve uma grande batalha entre os mineradores e os militares com forte tiroteio, ficando o córrego conhecido como "Ribeirão dos Tiros", expressão que passou a topônimo e se estendeu a toda a região. Antes de se tornar um município independente chegou a se chamar Santo Antônio dos Tiros, em homenagem ao seu padroeiro. Sua maior fonte da economia é a agropecuária. A população conserva hábitos e costumes da população rural brasileira e gosta de comemorar festas, em particular, a festa do tirense ausente (IBGE, 2013).

Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB (2015) possui 6906 habitantes, quatro escolas públicas e uma particular, um hospital para pronto atendimento e internações de baixa complexidade, uma creche, uma UBS com três Equipes de Saúde da Família (ESF), onde está inserida a ESF Bela Vista.

A ESF Bela Vista é responsável pela cobertura de quatro microáreas de saúde urbana e oito rurais. A área de abrangência contempla 2170 habitantes, dos quais 1071 (49,35%) são homens e 1099 (50,65%) são mulheres, distribuídos por faixa etária, de acordo com os dados da Tabela 1.

**Tabela 1-**Número e distribuição percentual da população segundo a faixa etária e sexo da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Bela Vista. Tiros, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 ano	05	0,23	05	0,23	10	0,46
1 a 4 anos	46	2,12	44	2,03	90	4,15
5 a 6 anos	24	1,11	25	1,15	49	2,26
7 a 9 anos	38	1,75	38	1,75	76	3,50
10 a 14 anos	85	3,92	74	3,41	159	7,33
15 a 19 anos	88	4,06	101	4,65	189	8,71
20 a 39 anos	288	13,27	340	15,67	628	28,94
40 a 49 anos	159	7,33	172	7,93	331	15,25
50 a 59 anos	161	7,42	131	6,04	292	13,46
Mais de 60 anos	177	8,16	169	7,79	346	15,94
<b>Total</b>	<b>1071</b>	<b>49,35</b>	<b>1099</b>	<b>50,65</b>	<b>2170</b>	<b>100</b>

Fonte: SIAB, 2015.

### 1.1. Aspectos ambientais

Um sistema de abastecimento de água deve fornecer e garantir à população água de boa qualidade do ponto de vista físico, químico, biológico e bacteriológico, sem impurezas prejudiciais à saúde. Existe um total de 803 famílias cadastradas para recebimento de água, das quais um predomínio quase absoluto é contemplado com o abastecimento de água tratada, conforme apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2-**Número e distribuição percentual das famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade, na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

<b>Abastecimento de água</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Rede pública	693	86,30
Poço ou nascente	110	13,70
<b>Total</b>	<b>803</b>	<b>100</b>

**Fonte: SIAB, 2015.**

Segundo dados coletados pelas agentes de saúde da comunidade, as famílias tratam sua água nos domicílios apesar desta ter boa qualidade e procedência (Tabela 3).

**Tabela 3-** Número e distribuição percentual do tratamento de água nos domicílios segundo tipo do tratamento na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

<b>Tratamento de água no domicílio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Filtrado</b>	785	97,76
<b>Fervura</b>	01	0,12
<b>Cloração</b>	11	1,37
<b>Sem tratamento</b>	06	0,75
Total	803	100

**Fonte: SIAB, 2015.**

O sistema de disposição final das águas residuais da comunidade realiza-se de uma forma adequada do ponto de vista sanitário, a maioria (85,25%) das famílias tem sistema de esgotamento sanitário (Tabela 4).

**Tabela 4-** Número e distribuição percentual do destino final das fezes e urina na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

<b>Destino de fezes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sistema esgoto</b>	687	85,25
<b>Fossa</b>	97	12,08
<b>Céu aberto</b>	19	2,37
<b>Total</b>	803	100

**Fonte: SIAB, 2015.**

Em relação aos lixos a situação é positiva, porque 696 (86,67%) residências são beneficiadas com a coleta pública, realizada três vezes por semana, conforme os dados da Tabela 5.

**Tabela 5-** Número e distribuição percentual do destino dos lixos na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

<b>Destino de lixos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Coleta publica</b>	696	86,67
<b>Queimado/enterrado</b>	93	11,58
<b>Céu aberto</b>	14	1,74
<b>Total</b>	803	100

**Fonte: SIAB 2015**

## **1.2. Aspectos socioeconômicos**

Apesar da redução no uso do adobe, este ainda é usado em várias regiões do Brasil, principalmente no Norte e Nordeste. O adobe é um bloco feito através de uma mistura de terra, areia e um estabilizante (geralmente uma palha), que é amassado com os pés, moldados através de uma forma (geralmente de madeira) e secado ao sol. Em Minas Gerais e Goiás é possível encontrar muitas casas em adobe, inclusive na comunidade em estudo não é uma exceção, com predomínio de casas feitas sob uma mistura de tijolos e adobe (Tabela 6).

**Tabela 6-** Número e distribuição percentual dos tipos de casa na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

<b>Tipo de casa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tijolo/ Adobe</b>	792	98,63
<b>Taipa revestida</b>	01	0,12
<b>Madeira</b>	06	0,75
<b>Material aproveitado</b>	01	0,12
<b>Outros</b>	03	0,37
<b>Total</b>	<b>803</b>	<b>100</b>

**Fonte: SIAB, 2015.**

A população empregada vive, basicamente, do trabalho agropecuário, nas lavouras permanentes e temporárias, do plantio de café, milho e feijão, que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade.

### **1.3. Aspectos epidemiológicos**

Em 2014 ocorreram 536 hospitalizações, das quais 107 foram da ESF Bela Vista, sendo 26 por pneumonias, 11 por outras doenças do aparelho respiratório, 34 por doenças do aparelho circulatórias, 13 por infecções do aparelho urinário, nove por intoxicações exógenas, dois por diabetes mellitus descontroladas e 12 por outras causas.

A Tabela 7 mostra a morbidade da área de abrangência da ESF Bela Vista com destaque para o quantitativo de hipertensos (285; 13,13%) da população cadastrada, seguido de Diabetes Mellitus (43; 1,98%).

**Tabela 7-**Número e distribuição percentual da morbidade das doenças crônicas por idade na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

Doenças crônicas	0a 14 anos		15 anos e mais		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcoolismo			06	0,34	06	0,28
Chagas			09	0,50	09	0,41
Tuberculoses			01	0,06	01	0,05
Hipertensão arterial			285	15,96	285	13,13
Diabéticos			43	2,41	43	1,98
Epilepsia			15	0,84	15	0,69
Deficiência física	03	0,78	25	1,40	28	1,29

Fonte: SIAB, 2015

A taxa de prevalência da Diabetes Mellitus no Brasil ajustada por idade (30 a 69 anos) é de 7,6%, segundo os dados do Ministério de Saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o país possa ter 11,3 milhões de diabéticos no ano de 2030. A taxa de prevalência de Hipertensão Arterial em pacientes maiores de 18 anos é de 24,4%, segundo o Ministério de Saúde no ano de 2009 (SCHMIDT et al., 2009).

O número de pacientes com Hipertensão e Diabetes da ESF Bela Vista não está dentro da taxa de prevalência do país, e uma possível justificativa deste fato é que exista subnotificações destas doenças nos dados encontrados no SIAB, conforme apresentado no quadro 1.

**QUADRO 1-** Número e distribuição percentual dos hipertensos e diabéticos esperados e cadastrados na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

Doenças	Número	%
Diabéticos esperados	109	5,02
Diabéticos cadastrados	43	1,98
Hipertensos esperados	434	20,0
Hipertensos cadastrados	285	13,13

Fonte: SIAB, 2015.

**Tabela 8**-Número e distribuição percentual da morbidade dos fatores de risco cardiovascular por idade na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

Fatores de risco cardiovascular	De 0 a 14 anos		De 15 anos e mais		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão Arterial			285	15,96	285	13,13
Diabetes Mellitus			43	2,41	43	1,98
Dislipidemias	8	2,08	89	4,98	97	4,47
Alcoolismo			06	0,34	06	0,28
Tabagismo	3	0,78	99	5,54	102	4,70
Obesidade	4	1,04	8	0,45	12	0,55
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3.91</b>	<b>530</b>	<b>29,68</b>	<b>545</b>	<b>25,12</b>

**Fonte: SIAB, 2015.**

Os dados da tabela 8 evidenciam que a população maior de 15 anos tem um risco cardiovascular aumentado (29,68%), problema que foi considerado prioritário pela equipe.

Para a descrição do problema, a equipe de saúde utilizou dados fornecidos pelo SIAB e outros foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores de frequência do risco cardiovascular aumentado, tais como portadores de hipertensão, diabetes, dislipidemias, alcoolismo, tabagismo e obesidade. A ação da equipe frente a esses problemas como cobertura e critérios de controle, também se consideraram indicadores que podem dar uma ideia indireta da eficácia das ações como são as internações e os óbitos.

#### **1.4. Indicadores de cobertura**

Durante o ano de 2014, foram realizadas 3429 consultas médicas, com média mensal de 285,75 consultas; 1002 curativos; 296 injeções; 67 consultas de atenção pré-natal; 181 consultas de prevenção de câncer cérvico-uterino e 10787 visitas domiciliares pelos profissionais da equipe de saúde.

Em relação à área de abrangência, a equipe diagnosticou um quantitativo total de 285 usuários hipertensos. Realizou, pelo menos, duas consultas anuais com todos os hipertensos e, ainda, três reuniões de grupo, a qual teve participação em 63% do total. A equipe, também, diagnosticou 43 pacientes diabéticos, a cobertura de consulta foi de três consultas anuais e foram realizadas duas reuniões de grupo com 76% de participação.

### **1.5. Recursos de saúde**

A Equipe de saúde Bela Vista, fundada em novembro de 2013, está inserida na Unidade Básica de Saúde Dr. Hélio Martins de Oliveira, localizada em uma das principais avenidas do município, Avenida Presidente Antônio Carlos, em frente ao hospital municipal. Sua estrutura está conservada e os espaços físicos estão bem aproveitados. Há área adequada para a recepção com cadeiras suficientes para a espera dos pacientes, uma sala para fazer a triagem e curativos, uma sala para fazer o exame ginecológico, uma sala de vacina, três consultórios médicos, um consultório para as enfermeiras, uma sala para agentes comunitárias de saúde, uma sala para os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma sala para esterilização e uma copa. As reuniões realizam-se na área da recepção.

A equipe enfrenta algumas dificuldades como, por exemplo, o tamanho do consultório da enfermagem, bem como, o sistema de referência e contra referência para os demais níveis assistenciais. A contra referência não é feita. Há necessidade de importantes movimentos para melhorar a articulação entre a Atenção Primária e outros serviços dos demais níveis de atenção à saúde.

### **1.6. Diagnóstico Situacional**

Após analisar todos os aspectos que envolviam o processo saúde/doença dos usuários da ESF Bela Vista, realizou-se um diagnóstico de saúde, o qual identificou os seguintes problemas:

- Risco cardiovascular aumentado

- Alta incidência de doenças respiratórias
- Alta incidência de infecções urinárias.
- Alto número de violências domésticas/violações.

Uma vez identificados os problemas, em uma reunião da equipe foi estabelecido ordem de prioridade para o enfrentamento dos problemas já que é difícil dar solução a todos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos financeiros, humanos, materiais, entre outros. Como critérios para a seleção e priorização dos problemas, foram considerados:

- ✓ A importância, atribuindo valores altos, médio ou baixo.
- ✓ Urgência, distribuindo pontos de 0 a 10, conforme apreciação.
- ✓ A capacidade de enfrentamento aos problemas identificados, definindo se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.

Posteriormente foram numerados os problemas por ordem de prioridade, a partir do resultado da aplicação dos critérios, como se revela no Quadro 2.

**Quadro 2-** Priorização dos problemas identificados segundo critérios de priorização, na área da ESF Bela Vista, município Tiros/MG em 2014.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Risco cardiovascular aumentado	Alta	9	Parcial	1
Alta incidência de doenças respiratórias	Alta	8	Parcial	2
Alta incidência de infecções urinárias.	Alta	8	Parcial	2
Alto número de violências domésticas/violações.	Alta	7	Parcial	3

Fonte: Equipe Bela Vista, 2014.

Vale destacar que a causa de um problema é, também, outro problema. Para conhecer bem um problema é importante conhecer seu modo de produção, suas causas e sua relação entre elas. Mas a causa desse problema são outros problemas como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a obesidade, e as dislipidemias. Estas, por sua vez são consequência de outros problemas como hábitos e estilo de vida inadequados, alto nível de pressão social, inadequado nível de informação; sobre isto

influencia o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico e as políticas públicas por sua vez determinadas pelo modelo de desenvolvimento econômico e social.

As políticas públicas influenciam o modelo assistencial, o qual interfere na estrutura do serviço de saúde e no processo de trabalho. Também, há implicações na resposta do sistema de saúde e uso de protocolos, apoio diagnóstico, referência e contra referência, assistência farmacêutica e capacitação do pessoal para poder garantir um melhor acompanhamento de riscos e agravos.

Assegurar a autonomia do paciente com risco cardiovascular aumentado, através de uma atenção integral, pode contribuir para diminuir a ocorrência de agravos, tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doenças renais crônicas.

Foram selecionados como nós críticos as situações relacionadas ao problema principal sobre as quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e pode ter impacto sobre o problema escolhido. São eles:

- Hábitos e estilos de vida
- Estrutura dos serviços de saúde
- Processo de trabalho em saúde
- Nível de informação

Portanto, o plano de intervenção buscará minimizar e/ou resolver o problema considerado prioritário para Equipe de Saúde da Família.

## **2–JUSTIFICATIVA**

As doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais, continuam sendo a primeira causa de morte no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. No Brasil uma em cada três mortes é causada por doenças cardíacas ou acidente vascular cerebral (UAI, 2014).

Na área de abrangência da equipe Bela Vista, foi identificado um grande número de pacientes com risco cardiovascular aumentado, decorrente de um estilo de vida não saudável presente na população, bem como, a presença de doenças consideradas fator de risco cardiovascular como Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial e as Dislipidemias, Obesidade, Tabagismo e Alcoolismo.

Por conseguinte, entende-se que este problema possui capacidade de enfrentamento (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), pois depende de mudanças no processo de trabalho da equipe (FARIA et al., 2009) e no estilo de vida dos pacientes. Tratar uma doença crônica vai além do tratamento medicamentoso, requer mudanças dos hábitos diários e adesão às práticas mais saudáveis, como seguir corretamente orientações não farmacológicas.

### **3 - OBJETIVO GERAL**

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir e controlar os fatores de riscos cardiovasculares na população da área de abrangência da ESF Bela Vista, Tiros, Minas Gerais.

#### **3.1-OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Educar a população para modificar e adotar estilos de vida saudáveis.
2. Organizar a estrutura do serviço para os atendimentos dos pacientes com risco cardiovascular aumentado.
3. Implantar uma linha de cuidado para os pacientes com risco cardiovascular aumentado, incluindo os encaminhamentos à Gerência Regional de Saúde Patos de Minas.
4. Realizar levantamento bibliográfico sobre o tema nos últimos 15 anos.

#### 4 - METODOLOGIA

Para elaborar o projeto de intervenção e alcançar os objetivos propostos se utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPO; FARIA; SANTOS, 2010). Este método transcorre por quatro momentos:

1. Momento explicativo: conhecimento da situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas.
2. Momento normativo: elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado.
3. Momento estratégico: análise e construção de viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado.
4. Momento tático-operacional: momento de execução do plano.

Registra-se, ainda, que foi feita pesquisa bibliográfica para obter-se fundamentação teórica para organizar o plano de intervenção. A pesquisa foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura latino-americana e do Caribe (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 (Health Planning), Risco (Risk) e Doenças Cardiovasculares (Cardiovascular Diseases).

## 5 - REVISÃO DA LITERATURA

No início do século XX, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por menos de 10% das mortes em todo o mundo, enquanto no início do século XXI já são responsáveis por quase 50% das mortes nos países desenvolvidos e 25% naqueles em desenvolvimento. Do total das mortes por doenças isquêmicas do coração, 53% ocorrem em homens e 47% ocorrem em mulheres (VERA, 2013).

No Brasil, em 2002, as doenças cardiovasculares representaram 31% do total de mortes, superando em mais de duas vezes a segunda causa, as neoplasias. Dentre elas, 60% são decorrentes das doenças cerebrovasculares e das doenças isquêmicas do coração, havendo em várias capitais brasileiras preponderância das doenças cerebrovasculares. Estima-se que as mortes por doenças crônicas no Brasil, em 2005, tenham representado uma perda de US\$ 3 bilhões devido a mortes prematuras por doença isquêmica do coração, acidente vascular encefálico e diabetes mellitus. No ano de 2013, as principais causas de morte registradas no Brasil foram as doenças isquêmicas do coração, o derrame e a pneumonia, correspondendo a 32% dos óbitos nesse ano (VERA, 2013).

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 doenças cardiovasculares incluem um grupo muito vasto de patologias que afetam o coração e, também, os grandes vasos – as artérias e veias que constituem a rede de distribuição de sangue no organismo (SIMÃO et al., 2002)

As formas mais comuns de manifestação de doença cardiovascular – o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) – são acontecimentos súbitos e devastadores (SIMÃO et al., 2002).

As doenças cardiovasculares afetam qualquer grupo populacional, sem distinção de 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 modificáveis e não modificáveis, segundo a possibilidade de intervenção (OLIVEIRA, 1979).

Desde os anos 60 após os resultados iniciais dos estudos de Framingham, passou-se a dar valor crescente aos denominados fatores de risco para as doenças cardiovasculares: tabagismo, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e sedentarismo. Estes passaram a ser conhecidos como "fatores de risco clássicos" e a compor o cotidiano dos cidadãos, instados a desenvolver esforços, para individualmente, os controlar através do uso de um arsenal crescente de medicamentos (ASSMANN; PAUL; HELMUT, 2002).

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 vício.

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, a pressão arterial e aumenta os níveis de colesterol no sangue. 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 (ARAÚJO et al, 2004).

A Hipertensão arterial é um 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 um fator de risco importante para o desenvolvimento da doença isquêmica coronariana. O 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 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 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 o diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia 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 consumo de álcool contribuísse 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 sócio-sanitário.

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 não modificáveis, 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 (ALVAREZ, 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. 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 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 predizer 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. A final como relata 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 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.

O Ministério da Saúde propõe a utilização da estratificação para definir o prognóstico e a conduta na abordagem do hipertenso na atenção primária, recomendando a adoção do Escore de Framingham (EF), que tem sido testado com sucesso em várias populações. Trata-se de uma escala que busca estimar o risco de um evento cardiovascular para o paciente, a partir de algumas variáveis. Considerando que os fatores de risco utilizados nessa estratificação são frequentes no Brasil, sua utilização tem potencial para melhorar o controle do portador de HAS no país e reduzir a ocorrência de desfechos graves para os mesmos. **No quadro 3 apresenta-se o escore referido.**

**QUADRO 3-**Escore de risco para evento coronário conforme proposto pela *American Heart Association* e *American College of Cardiology* de acordo com os resultados do *Framingham Heart Study*.

<b>Idade</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulher</b>
<34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8
<b>Colesterol (mg/dl)</b>		
<160	-3	-2
169-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	2
>280	3	3
<b>HDL (mg/dl)</b>		
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3
<b>Pressão arterial sistólica (mm de Hg)</b>		
<120	0	0
120-129	1	1
130-139	2	2
140-159	3	3

>160		
<b>Diabetes</b>		
Sim	0	2
Não	2	4
<b>Tabagismo</b>		
Sim	0	2
Não	2	4

**Fonte:** Brasil, 2010

Estimativa de risco cardiovascular no homem segundo critérios de Framingham.

- ✓ Baixo: até 10 pontos
- ✓ Meio: 11 a 14 pontos.
- ✓ Alto: maior e igual a 15 pontos.

Estimativa de risco cardiovascular na mulher segundo critérios de Framingham.

- ✓ Baixo: até 12 pontos
- ✓ Meio: 13 a 17 pontos.
- ✓ Alto: maior e igual a 18 pontos.

No quadro 4 se mostra a classificação de risco cardiovascular de acordo com Escore de Framingham.

**QUADRO 4**-Classificação de Risco Cardiovascular de acordo com Escore de Framingham.

<b>Categoria</b>	<b>Evento Cardiovascular Maior (ECM)</b>
<b>Baixo</b>	<10%/ 10anos
<b>Moderado</b>	10-20%/ 10 anos
<b>Alto</b>	>20%/ 10 anos

**Fonte:** Brasil, 2010

## 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.

O primeiro momento explicativo se constituiu dos seguintes passos:

- **Primeiro passo:** Definição dos problemas. Neste momento identificaram-se os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências deles.
- **Segundo passo:** Priorização do problema. 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:
  - ✓ Atribuiu-se valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema.
  - ✓ Distribuiu-se pontos de 0 a 10 conforme sua urgência.
  - ✓ Definiu-se 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.
- **Terceiro passo:** Descrição do problema selecionado. Uma vez selecionado o problema priorizado, foi descrito, ou seja, caracterizado para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.
- **Quarto passo:** Explicação do problema. Neste passo foi explicado o problema com o objetivo de entender a gênese dele.
- **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.

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, além de identificar os recursos necessários para a concretização das operações. A 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, **como se mostra no quadro 5.**

**QUADRO 5-**Desenho das operações para os nós críticos do problema risco cardiovasculares aumentados.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Mais saúde.</b> Modificar hábitos e estilos de vidas	Reduzir em 25% o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade e as dislipidemias no prazo de um ano.	Programa de caminhada orientada. Campanhas educativas sobre estilos de vida saudável nos locais de trabalho, clubes e a rádio. Abordagem multiprofissional aos pacientes Programa por uma Alimentação saudável.	<b>Organizacional:</b> para organizar as caminhadas, campanhas e programa. <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégia de comunicação. <b>Político:</b> conseguir espaços na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos, etc.
Estrutura dos serviços de	<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a	Garantia de medicamentos e	Educação permanente	<b>Organizacional:</b> Para organizar

saúde	estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	exames previstos nos protocolos para 80% dos diabéticos e hipertensos. Melhorar o acompanhamento	com os profissionais; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	os treinamentos <b>Cognitivo:</b> elaboração do projeto de adequação <b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema	<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.	<b>Organizacional:</b> adequação de fluxos (referência e contra referência) <b>Cognitivo:</b> elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Baixo nível de informação sobre os riscos das doenças cardiovasculares.	<b>Conhecer mais</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 sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde	<b>Organizacional:</b> organização da agenda <b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas <b>Político:</b>

			Escolar; capacitação dos ACS e de cuidadores.	articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
--	--	--	--	---

- **Sétimo passo:** Identificação dos recursos críticos. Identificaram-se os recursos críticos a serem consumidos para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis, evidenciando-se no quadro 6.

**QUADRO 6-** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado

<b>Operação /projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Mais saúde</b>	<b>Político:</b> conseguir espaços na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos,
<b>Cuidar melhor</b>	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> recursos necessários para estruturação do serviço (custeio e equipamento)
<b>Linha de Cuidado</b>	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
<b>Conhecer mais</b>	<b>Político:</b> articulação intersectorial.

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 7.

**QUADRO 7-** Proposta de ações para motivação dos atores

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>Mais saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vidas</p>	<p><b>Político:</b> conseguir espaços na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino.</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, panfletos.</p>	<p>Setor da comunicação social. Secretário municipal de saúde / Secretário municipal de educação</p>	<p>Favorável  Favorável  Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
<p><b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Risco cardiovascular aumentado.</p>	<p><b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;</p> <p><b>Financeiros:</b> recursos necessários para os equipamentos das redes e para custeio de</p>	<p>Prefeito municipal Secretário municipal de saúde/ Fundo nacional de saúde</p>	<p>Favorável  Favorável</p>	<p>Apresentar um projeto de estruturação da rede</p>

	medicamentos exames e consultas especializadas.			
<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretário municipal de saúde/ Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Conhecer mais</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Político: articulação com secretaria de educação.	Secretário municipal de educação / Secretaria municipal 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 8.

**QUADRO 8-** Plano operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Mais saúde</b> Modificar	Diminuir em um 25% o	Programa de caminhada		Enfermeira da ESF e	Um mês para

hábitos de vida.	sedentarismo, o tabagismo, a obesidade e as dislipidemias no prazo de um ano.	orientada. Campanhas educativas sobre estilos de vida saudável nos locais de trabalho, clubes e na rádio. Abordagem multiprofissional aos pacientes. Programa por uma Alimentação Saudável.		Técnica em enfermagem.	início das atividades.
<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado	Adaptação das ofertas às demandas, exames, medicamentos definidos nos protocolos considerando a meta de 80% de cobertura.	Educação permanente com os profissionais; contratação de compra de exames e consultas especializadas ; compra de medicamentos .	Apresentar projeto de estruturação das redes	Médico da ESF e coordenador da ABS.	Dois meses para a apresentação do projeto e seis meses para aprovação e liberação dos recursos. Dois meses para a compra dos equipamentos. Início em quatro meses e finalização em seis meses.
<b>Linha de</b>	Cobertura de	Linha de		Médico da	Início em

<p><b>Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.</p>	<p>90% da população com risco cardiovascular aumentado</p>	<p>cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos estabelecidos; recursos humanos capacitados; regulação decretada; gestão da linha de cuidado instituída.</p>		<p>ESF, coordenador da ABS.</p>	<p>dois meses e término em um ano.</p>
<p><b>Conhecer mais</b> Educar a população sobre os riscos cardiovasculares.</p>	<p>População mais informada sobre riscos cardiovasculares.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular ; campanha educativa na rádio local. Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e de cuidadores.</p>		<p>Enfermeira da ESF e ACS</p>	<p>Início em dois meses e término em quatro meses. Início em dois meses e término em um ano. Início em três meses e avaliação a cada trimestre. Início em um mês e término em três meses.</p>

O momento tático-operacional é o momento de execução do plano e se formou a partir do seguinte passo:

- **Décimo passo:** Gestão do plano, em que se vai 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**

Apesar de possuir, no Brasil, programas de prevenção das doenças cardiovasculares na atenção primária, ainda existe um aumento deles, propiciado pelo incremento de fatores de risco controláveis como a Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus, Sedentarismo, Obesidade, Tabagismo, Alcoolismo, entre outros.

O plano de intervenção elaborado e apresentado busca minimizar o problema, risco cardiovascular aumentado e fazer uma abordagem mais humanizada com os pacientes. Com o desenvolvimento dele, torna-se importante as relações da equipe com a comunidade, já que constitui um mecanismo para oferecer ferramentas à população que possibilitem um adequado manejo dos fatores de riscos, incrementando o nível de conhecimento sobre o tema e melhorando a qualidade da assistência médica dos portadores de fatores de risco cardiovascular.

Ressalta-se ser interessante aplicar esta proposta nas equipes do município com o apoio dos funcionários da secretaria de saúde, para melhorar os indicadores relacionados às doenças cardiovasculares e favorecer a principal função da atenção primária: promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ S., R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social. Havana: **Editorial Ciências Medicas**, v. 2, n.70,p. 83 -86. 2008
- ARAUJO, Alberto José de et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** [online]. v. 30, suppl.2, p. S1-S76, 2004.
- ASSMANN, G.; PAUL, C.; HELMUT, S. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) Study. *Circulation*.v.10,p. :310-5, 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n.29)
- CAMPOS, F. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=316890>>. Acesso em 28 Mar. 2013.
- OLIVEIRA, J. M. Fatores de risco coronariano. **ArqBrasCardiol** v 33, n1, p49-59, 1979.
- ROCA, G.R. **Temas de Medicina Interna**, 4. Ed. tomo 1. Havana: Editorial Ciência Medica Quinta parte. p. 239-523.2002.
- SCHMIDT,M.I et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseado em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**v 43,n. 2,p.74-82, 2009. Suplemento. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>.
- SIMÃO, M; NOGUEIRA, M.S. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA-SIAB. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>> Acesso em 28 Mar. 2013
- SAGE. Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 8 Abr. 2013.
- SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. da R. Fatores de risco para doença cardiovascular velhos e novos fatores de risco, velhos problemas!.**ArqBrasEndocrinolMetab** [online]. v.46, n.3, p. 212-214, 2002.
- Saiba quais são as principais causa de morte no Brasil. THE LANCET, periódico publicado em 188 países, dic.2014.Dísponível em:<[http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/12/18/noticia\\_saudeplena,151699/saiba-quais-sao-as-tres-principais-causas-de-morte-no-brasil.shtml](http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/12/18/noticia_saudeplena,151699/saiba-quais-sao-as-tres-principais-causas-de-morte-no-brasil.shtml)>. Acesso em: 14 dezembro, 2014

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

VERA, G. D. C. Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Comunidade de Universitária do Sul de Brasil (UFRGS). Teses de Doutorado, Universidade Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2013.