

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

ANA REGLA FUENTES GUTIERREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DO RISCO
CARDIOVASCULAR NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANTÔNIO
CATALDO PINTO, COMUNIDADE ANTONINA COELHO, UBÁ, MINAS
GERAIS**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2015

ANA REGLA FUENTES GUTIERREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DO RISCO
CARDIOVASCULAR NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANTÔNIO
CATALDO PINTO, COMUNIDADE ANTONINA COELHO, UBÁ, MINAS
GERAIS**

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

Banca Examinadora: Profa. Silvana Spíndola de Miranda
Profa. Eulita Maria Barcelo

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____.

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2015**

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pelo fôlego de vida e por me dar sabedoria e forças para nunca desistir.

A toda minha família, que, mesmo distante, está torcendo sempre pelas minhas vitórias.

À Márcia Mizael, Coordenadora da Atenção Básica de Saúde, pelo apoio e pela amizade em todos os momentos.

À equipe de PSF Antonio Cataldo Pinto pelo trabalho desenvolvido no dia a dia.

À Ana Paula, Enfermeira Chefe de PSF pela prestimosa atenção no desempenho desse trabalho.

RESUMO

Existem várias doenças que são importantes e que aumentam o Risco Cardiovascular, entre elas, a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Mellitus e a Hiperlipidemia entre outros. Essas doenças contribuem principalmente para ocorrência de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Nesse estudo pretende-se propor um plano de intervenção com intuito de reduzir o risco cardiovascular da população atendida pela Unidade Básica de Saúde Antonio Cataldo Pinto do município de Ubá, Minas Gerais. Foi feito um levantamento bibliográfico para formular a proposta de intervenção. Também foram analisados cadastros de pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde Antonio Cataldo Pinto e foi realizada discussão com a equipe de saúde. Verificou-se que a prevenção deveria ser direcionada para uma melhor qualidade de vida, atuando nos fatores facilmente evitáveis ou de risco controláveis, tais como: sedentarismo, tabagismo, obesidade, hipercolesterolemia e controle da pressão arterial. A identificação dos fatores de risco e controle da Hipertensão Arterial na população adulta e adolescente será feita pelo rastreamento anual, nas consultas ou visitas domiciliares. Será realizada a promoção da saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo), ativação do grupo de hipertensos e do grupo de tabagismo juntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. As atividades físicas na comunidade terão ajuda de professor de educação física para pacientes com os principais fatores de risco. Com as intervenções será possível diminuir os riscos cardiovasculares e melhorar a qualidade de vida da população de Antonina Coelho.

Palavras chave: Risco Cardiovascular. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

There are several diseases that are important and that increase cardiovascular risk, among them, Hypertension, Diabetes mellitus to hyperlipidemic, among others. These diseases mainly contribute to the occurrence of stroke and myocardial infarction. In this study we intend to propose an action plan aimed at reducing the cardiovascular risk of the population served by primary care unit Cataldo Antonio Pinto the city of Ubá, Minas Gerais. A literature review was made to formulate the intervention proposal. We were also analyzed records of patients seen in primary care unit Cataldo Antonio Pinto and were conducted discussão with the health team. It was found that prevention should be directed towards an improved quality of life, working them easily avoidable or controllable risk factors, such as lack of exercise, smoking, obesity, hypercholesterolemia and blood pressure control. The identification of risk factors and screening for hypertension in adults and adolescents will be made by annual screening, in consultations or home visits. Health promotion will be held (educational activities emphasizing lifestyle changes, correction of risk factors and production of educational material), activation of the hypertensive group and smoking group along with the Center for Support to Health. Physical activities in the community will help professor of physical education for patients with major risk factors. With assistance will be possible to decrease cardiovascular risk and improve the quality of life of the population of Antonina Coelho.

Key words: Cardiovascular risk. Primary Health Care. Family Health. Health Unic System.

Folha de aprovação

Lista de Figuras, Fluxogramas, Tabelas e Quadros

Figura 1 – Mapa de Ubá e região.

Figura 2 – Estratégia de Saúde da Família Conjunto Habitacional Antônio Cataldo Pinto, Ubá, Minas Gerais.

Fluxograma 1- Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e serviços.

Tabela1. População por Faixa Etária da Estratégia de saúde da família Antonio Cataldo Pinto.

Tabela 2- Patologias crônicas não transmissíveis e riscos cardiovasculares em da população da Estratégia de Saúde Antônio Cataldo Pinto.

Tabela 3- Priorização dos problemas identificados na área de abrangência Estratégia de saúde da família Antonio Cataldo Pinto.

Quadro 1- Demonstrativo dos números de pacientes que apresentam fatores de risco cardiovascular.

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

Quadro 3- Identificação dos recursos críticos para resolução problemas.

Quadro 4 - Ações estratégicas para viabilizar o plano.

Quadro 5- Plano operativo.

Quadro 6- Gestão do plano Mais Saúde.

Quadro 7 - Gestão do plano Vida Saudável.

Quadro 8 – Gestão do plano Mais Conhecimento.

Lista de Siglas e Abreviaturas

MG: Minas Gerais

COHAB: Conjunto habitacional

ACS: Agente Comunitário de saúde.

NASF: Núcleo de apoio à saúde da família.

CNES: Cadastro nacional de estabelecimento de saúde.

ESF: Estratégia de saúde da família.

SIAB: Sistema de informação de Atenção Básica

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SB: Saúde Bucal

CEO: Centro Especializado Odontológico

PSE: Programa de Saúde na Escola

FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

ACISPES: Agencia de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra.

CMS: Conselho Municipal de Saúde

BVS: Biblioteca Virtual de Saúde

HAS: Hipertensão Arterial

DM: Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivos gerais.....	20
3.2 Objetivos específicos	20
4. METODOLOGIA	21
5. BASES CONCEITUAIS	23
6. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42

1. INTRODUÇÃO

Abordar sobre redução de risco cardiovascular é um assunto que vem tomando muito espaço no mundo e no Brasil. Inclusive em Ubá, Minas Gerais (MG), onde nos últimos anos têm ocorrido muitos acidentes de saúde com pessoas residentes no município.

Doenças crônicas não transmissíveis estão alcançando proporções epidêmicas e contribuem substancialmente para a mortalidade global, incluindo doenças cardiovasculares, tais como doença cardíaca isquêmica e doenças cerebrovasculares que são as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Essas doenças afetam cada vez mais as populações em idade ativa e contribuem para a perda de anos potenciais de vida saudável, e a produtividade econômica (SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. INDICADORES BÁSICOS, 2009).

1.1 Históricos de criação de Ubá

A palavra Ubá, em tupi-guarani, significa canoa de uma só peça escavada em tronco de árvore. É também o nome popular da gramínea "*GynerunSagittatum*", da folha estreita, longilínea e flexível, em forma de cano, utilizada pelos índios na confecção de flechas de caça e combate, encontradas em toda a extensão das margens do ribeirão que corta a cidade (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013. UBÁ. MINAS DE GERAIS. 2013).

O nome do rio Ubá se deu justamente pela existência dessas gramíneas. A colonização da bacia do Rio Pomba deu-se, inicialmente, a partir da decadência das atividades de mineração. Em fins do século XVIII e início do século XIX, várias famílias deixaram Mariana, Ouro Preto, Guarapiranga e outros centros de extração à procura de terras férteis e propícias à agricultura, onde pudessem desenvolver atividades de renda mais estável e segura segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Ubá. MG, (2013). Ubá faz fronteira com áreas de outros municípios como: Dolores do Turvo, Senador Firmino, Divinésia, Visconde do Rio Branco, Guidoal, Rodeiro, Astolfo Dutra, Piraúba e Tocantins (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013. UBÁ. MINAS DE GERAIS. 2013).

parâmetros para que pudesse ser consagrada ao seu Orago (santo de invocação que dá nome à capela). Dados fornecidos pelo Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Ubá. Minas de Gerais (2013).

Para promover esta povoação, o Capitão Mor trouxe todos os operários necessários para a construção da igreja, dando-lhes pequenas glebas de terras, moradia e alimentos, enquanto não pudesse ter abastecimento próprio pelo cultivo da terra. Foi também por seu intermédio, que dezenas de famílias vieram em princípio do século XIX, para o povoado que estava se formando, como os Vieira de Andrade, Faria Alvim, Ferreira Valente, Martins Pacheco e outros mais. A capela foi construída sob a devoção de São Januário. Com o crescimento do arraial foi elevada à Paróquia de São Januário de Ubá em 7 de abril de 1841.

O desenvolvimento do povoado se deu gradativamente ao redor da Paróquia e em direção à estrada que levaria a Guarapiranga, onde foram edificadas as primeiras residências em sapé. Esse povoado recebeu o nome de São Januário de Ubá. Devido ao desenvolvimento da paróquia e das atividades dos habitantes, principalmente a cultura do café, em 1854 o povoado recebeu o foro de Vila e, em 1857, foi elevada à categoria de cidade com o nome de Ubá. Nesse período colonial, a terra tinha pouco valor, pois tudo estava por fazer e o produto primário era o grande objetivo da transformação, tornando a mão-de-obra do campo, a principal fonte de renda. O escravo tornou-se peça fundamental para o desenvolvimento agrícola da região, chegando a valer nessa época, mais do que 30 alqueires de terra (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013. UBÁ. MINAS DE GERAIS. 2013).

Somente após 1810, houve incentivo ao tráfico de escravos que, com sua capacidade de cultura da terra e o seu adestramento nos trabalhos da Casa Grande, contribuíram bastante para a economia cafeeira de Ubá, bem como a chegada dos imigrantes italianos que proporcionou um aumento nas diversas culturas. A imigração ocorreu em duas épocas distintas e procedências diferentes: a primeira fase correspondeu ao ingresso de imigrantes provenientes do sul da Itália que traziam como vantagem suas variadas profissões: artesãos, alfaiates, comerciantes, operários, ferreiros, caldeireiros e marceneiros. Contudo, não eram agricultores, mas colaboravam, e muito, para a melhoria da cidade de Ubá, que, na época, não contava com luz, calçamento, saneamento básico, como todas as demais cidades da Zona da Mata; a segunda fase correspondeu à chegada de imigrantes

provenientes do norte da Itália, que chegaram aqui somente após a abolição da escravidão em 1888 dados colhidos do Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Ubá. Minas de Gerais (2013).

Aproveitando a baixa geral dos imóveis, adquiriram grandes extensões de terra. Compravam fazendas e subdividiam-nas em várias propriedades, fato que gerou grande atração aos colonos vindos de outras regiões. Hoje, o Município de Ubá é um dos maiores do país, devido justamente a esta grande subdivisão de terras. Em 1988 Ubá contava com 4.586 propriedades agrícolas, sendo a maior parte, em mãos de italianos ou descendentes, segundo Vila e Ação da Colônia Italiana no Município de Ubá - MG, editados pela Academia Ubaense de Letras (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013. UBÁ. MINAS DE GERAIS. 2013).

Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Ubá. Minas de Gerais (2013) informa que a partir dessa característica de parcelamento do solo, desaparece o latifúndio e, com ele, a monocultura do café, dando lugar à policultura do fumo, cereais, cebola, batata, pimentões, tomates, entre outros. Houve, em conseqüência, um decréscimo no setor agrícola na economia. Mais recentemente, o setor secundário, principalmente a indústria moveleira, passou a ser a atividade econômica mais importante de Ubá.

Informa também que em 1811, o município foi subdividido em seis distritos: Tocantins, Sapé, Marianas, Rodeiro, Divino e a sede em Ubá. Durante sua evolução, aconteceram algumas modificações na divisão político-administrativa do território, até finalmente chegar aos quatro distritos atuais: Ubari, Diamante, Miragaia e Ubeba, com uma superfície de 408km².

1.2 Um Breve Histórico da Comunidade Antonina Coelho.

O bairro foi fundado em 3 de julho de 1981, sendo um morador do bairro Antônio Bigonha que esteve à frente da construção de Antonina Coelho, mais conhecido como Bairro Conjunto Habitacional (COHAB). Foram construídas 300 casas e o cadastramento para as inscrições ficou a cargo da Prefeitura Municipal de Ubá. Os moradores Maria Helena Martins dos Santos e Adilson Ferreira de Paula receberam a chave do referido bairro das mãos de Francelino Pereira.

Com relação ao atendimento de saúde a comunidade de Antonina Coelho era realizada por vários profissionais de saúde, principalmente médicos que estiveram bastante tempo prestando serviços à comunidade. O posto de saúde Antonio Cataldo Pinto começou a funcionar em uma casa residencial à Rua Professor Arthur Napoleão Pereira.

Há uma Associação dos Moradores, constituído por 16 membros se reúnem na escola Curumim na última quinta-feira do mês.

Na comunidade há, ainda, os seguintes recursos e serviços:

- Mercados: 13
- Escolas: 5
- Lanchonetes: 14
- Igrejas: 14
- Salão de beleza: 5
- Serralheria: 1
- Fábricas de costuras: 6
- Gráficas: 6

1.3. Estratégia de Saúde da Família Antonio Cataldo Pinto.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Antonio Cataldo Pinto (Figura 1) está localizada na Av. Senador Levindo Coelho s/nº, no município de Ubá, Minas Gerais. Sua estrutura física compreende uma sala de vacina, uma sala de curativo, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, um consultório ginecológico, um sala de almoxarifado, uma sala de procedimentos de enfermagem, um consultório de triagem e acolhimento, dois banheiros públicos, uma sala de espera, uma recepção, uma sala dos agentes comunitários de saúde (ACS), uma sala de dispensação de medicamentos (farmácia), uma sala do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um sala de lavagem, uma sala de esterilização, um depósito de material de limpeza, dois banheiros para funcionários, uma cozinha, um expurgo (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES)).



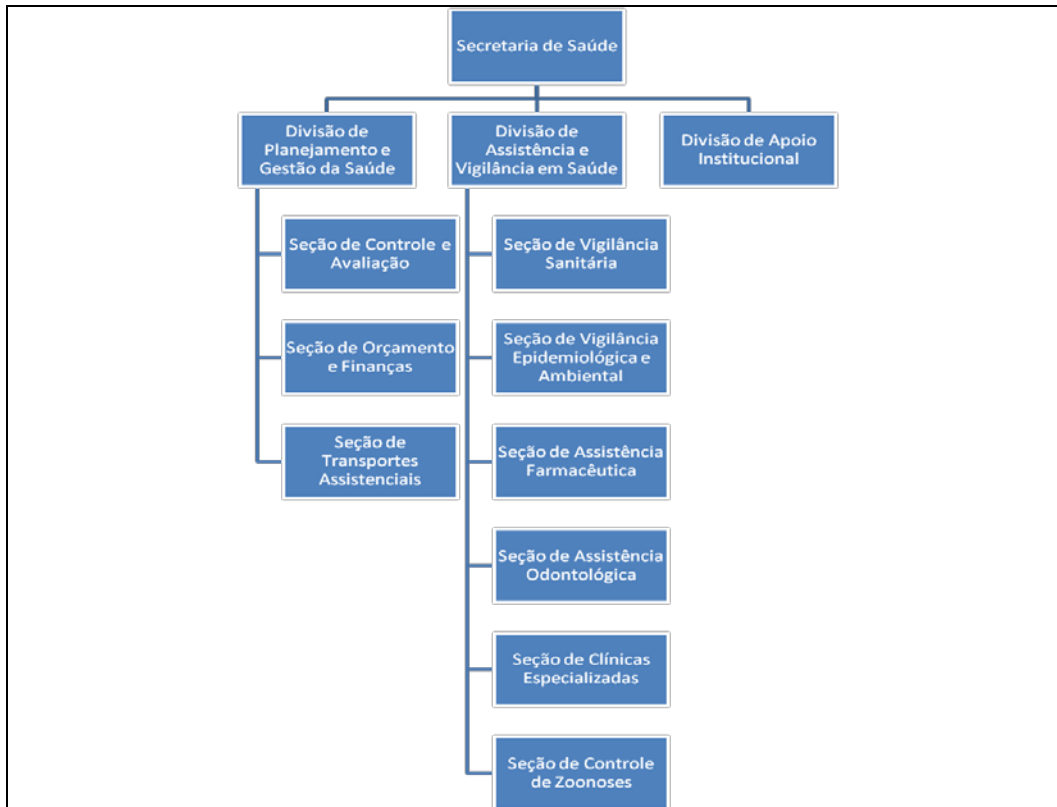
Figura 2: Estratégia de saúde da família Antonio Cataldo Pinto (COHAB), Ubá, Minas Gerais

A Estratégia de saúde da família Antonio Cataldo Pinto (COHAB) tem uma população adstrita de 4.609 pessoas, 1.268 famílias, composta por sete micro-áreas, estando quatro micro-áreas cobertos por Agentes Comunitários de Saúde. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE (SIAB)).

No Plano Municipal de Saúde 2000/2013 consta que a Secretaria Municipal de Saúde é o setor que dá o suporte para o funcionamento da Estratégia de saúde da família Antonio Cataldo Pinto (COHAB) e demais Estratégias de Saúde da Família em Ubá. Ela é formada pela seguinte equipe:

- Secretário Municipal de Saúde
- Assessor Técnico da Secretaria Municipal de Saúde
- Coordenador da Atenção Básica
- Coordenador da Atenção à Saúde Bucal
- Gerente de Divisão de Planejamento e Gestão
- Gerente de Divisão de Assistência e Vigilância em Saúde
- Assistente da Coordenação de Saúde da Família.

ATUAL ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇOS



Fluxograma 1- Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Serviços

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Ubá, (2013).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ubá é muito bem estruturada, conforme figura descritiva acima.

No Plano Municipal de Saúde 2010-2013 ainda consta que Conselho Municipal de Saúde (CMS) é composto pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prestadores serviços do SUS, profissionais de saúde e ejetores. Suas reuniões são realizadas uma vez por mês e a composição é paritária, sendo 50% usuários do SUS e 50% prestadores de serviços e profissionais.

O Fundo Municipal de Saúde foi criado em 13/09/1991 através da Lei Municipal nº 2.185, alterado pela Lei Municipal 3.122, de 27/03/2002. Seus recursos têm origem nos recursos próprios do Tesouro Municipal e recursos advindos do SUS, tanto

através da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais quanto do Ministério da Saúde, através de transferências fundo a fundo (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013. UBÁ. MINAS DE GERAIS. 2013. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.UBA.MG.GOV.BR/](http://www.uba.mg.gov.br/)>. ACESSO EM 01 JUN 2015).

O gestor do Fundo Municipal de Saúde é a Secretaria Municipal de Saúde, por meio de seu Secretário Municipal, que conta com o Conselho Municipal de Saúde, criado pela Lei Orgânica Municipal, de 23/03/1990, art. 278 aos 283 e, posteriormente, pelo Decreto Municipal, nº 2.872, de 12/04/1999, alterada pelas Leis Municipais nº 3.317, de 05/03/2004; 3.481, de 30/08/2005; 3.940, de 06/12/2010, sendo este um órgão permanente e deliberativo que visa viabilizar a participação da comunidade na gestão do SUS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013. UBÁ. MINAS DE GERAIS. 2013. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.UBA.MG.GOV.BR/](http://www.uba.mg.gov.br/)>. ACESSO EM 01 JUN 2015).

O Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes Estratégia de saúde da família, Saúde Bucal (SB), NASF, Centro Especializado Odontológico (CEO), entre outros) possui a equipe de saúde, formado por 19 ESF; cinco da SB; dois NASF; um CEO; um PSE; um Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). A comunidade de Ubá conta com recursos na área de saúde:

- Hospital Santa Isabel
- Hospital São Vicente de Paulo
- Hospital Regional da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) - Colônia Padre Damião
- Hospital São Januário
- Entidade do Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Caracterização da população da Estratégia de Saúde Antônio Cataldo Pinto.

A ESF da COHAB tem uma população de 4609 habitantes, 1268 famílias, sendo 59,2% das famílias acompanhadas pelos ACS, situação não solucionada pelos gestores municipais.

Tabela1. População por Faixa Etária de ESF Antonio Cataldo Pinto (COHAB)

SEXO	< 1a	1-4 a	5-6 a	7-9 a	10-14 a	15-19 a	20-39 a	40- 49 a	50-59 a	≥ 60 a	Total
M	14	117	78	113	94	338	755	245	222	231	2207
F	18	130	84	106	94	362	772	298	284	254	2402
Total	32	247	162	219	188	700	1527	543	506	485	4609

a = anos; Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica.

Segundo dados coletados por SIAB, 564 pessoas (12,24%) possuem plano de saúde; 8 famílias (0,63%) são beneficiadas pelo programa Bolsa Família. Toda a população tem acesso a tratamento de água, filtros, sistema de esgoto, coleta de resíduos sólidos, energia elétrica e casas de tijolos.

Nível de imunização da população

Em 90 % da população estão vacinadas, os 10 % restantes são pacientes com patologias psiquiátricas, usuários de drogas e pacientes que se recusam a receber a vacina.

Programa Materno Infantil

O atendimento de consultas pré-natal é realizado conjuntamente com medica e enfermeiras semanalmente ou a cada quinze dias de acordo com o risco da gestante e se cumprem os protocolos estabelecidos. Gestantes de alto risco são encaminhadas para obstetra de referencia, mensalmente ocorre o grupo de gestantes com a participação do médico, enfermeira, odontóloga, nutricionista, fonoaudiologa, psicóloga, assistente social e farmacêutico. Nos últimos dois anos não foram relatados mortes maternas de causa direta ou indireta. Não houve morte em menor um ano, ocorreram duas mortes fetais tardias de mães com alto risco

obstétrico (uma mãe adolescente e outra com Hipertensão Arterial Sistêmica elevada associada à gravidez).

Não há dificuldade para a realização de exames de sangue e ultrassonografia obstétrica. A avaliação odontológica e o rastreamento pelo NASF das mulheres grávidas foi alcançada em 100% dos casos.

O acompanhamento das crianças é feito por pediatras, porém a visita de puerpério e puericultura são feitas pelo médico da Família na companhia da enfermagem e ACS onde são orientadas quanto a prevenção e complicações.

A seguir segue o cadastramento das crianças nesse Centro de Saúde.

- Numero de menor de 1 ano: 32
- Numero de lactantes menor de 6 meses: 6
- Aleitamento materno exclusivo até o 6° mês: 6
- Vacinados: 32
- Recém nascido Baixo peso ao nascer: 1
- Síndrome de Down: 1

Programa de Prevenção e Diagnostico de Câncer Colo Uterino e Mama

A Citologia é realizada em todas as mulheres com mais de 25 anos e também todas as mulheres sexualmente ativas com menor de 25 anos.

População feminina com 25 anos ou mais:

- Negado a realizar: Há uma dificuldade de cumprir metas de realização de citologia devido a não procura das pacientes ao serviço e por muitas delas realizarem o exame com especialistas em outros setores de saúde.
- Positivo: 1, Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasia intra-epiteliais cervicais graus II e III) paciente de 74 anos fora do programa com acompanhamento pelo Núcleo do Câncer.

Exame de mama realizado:

- Positivo: 1, Carcinoma Infiltrante, diagnóstico tardio, com acompanhamento pelo Núcleo do Câncer.

Programa do Idoso

Há um programa de acompanhamento ao idoso que é frágil chamado Programa Mais Vida, onde os pacientes são encaminhados a Agencia de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), para avaliação multidisciplinar. Nos últimos tempos tem-se notado melhorias no acompanhamento clínico desses pacientes, mas há muito ainda o que fazer.

Programa Nacional de Tuberculose

Em 2014, 30 pacientes foram avaliados quanto a sintomas respiratórios. Houve um diagnóstico positivo em jovem de 22 anos, contato de tuberculose, que fez acompanhamento médico mensal, cumprindo o tratamento e encerrando 13/08/2014. Atualmente a mesma reside na cidade de Guidoal. Em 2015 foram avaliados 29 sintomáticos respiratórios sendo os mesmos negativos.

Doenças Crônicas e Risco cardiovascular

Na tabela abaixo estão descritos as patologias crônicas não transmissíveis e risco cardiovascular.

Tabela 2- Patologias crônicas não transmissíveis e riscos cardiovasculares na população da Estratégia de Saúde Antônio Cataldo Pinto.

Fatores de risco cardiovascular	Dados (%)
População 20 anos e mais	3061(66,4)
Hipertensos cadastrados	587(19,1)
Hipertensos acompanhados	221(37,6)
Diabéticos cadastrados	153(4,9)
Diabéticos acompanhados	68(44,4)
Obesos acompanhados	60 (1,9)
Tabagistas	600(13)
Sedentários	250(5,4)
Alcoólicos	33(0,7)
Maus os hábitos dietéticos	535(11,6)
Complicações cardiovasculares	17(5,8)
Acidente Vascular Encefálico	5(29,4)
Infarto Agudo do Miocárdio	8(47,0)
Insuficiência Renal Crônica	4(23,5)
Óbitos por causas cardiovasculares	5(29,4)

Fonte: Sistema de informação de Atenção Básica SIAB. Registro da equipe e Ficha individual de ESF Antonio Cataldo Pinto (COHAB).

2. JUSTIFICATIVA

É importante que todos os profissionais da equipe de saúde conheçam os problemas de saúde de sua comunidade, bem como os fatores de risco. A tarefa principal é a prevenção e promoção da saúde, necessitando para isso, o conhecimento do problema a ser enfrentado. É observado aumento do risco cardiovascular na população adulta que é a principal causa de morbidade e mortalidade. É importante que a equipe de saúde na atenção primária realize a estratificação de risco para prevenir e estabelecer parâmetros para modificar os hábitos e estilos de vida da população que vem sendo atendida.

Esse estudo justifica-se pelo fato de que nessa Unidade de Saúde tem-se observado a ocorrência de crises hipertensivas com frequência, internações por IAM, AVE com seqüelas neurológicas, pacientes com diagnóstico de IRC e Diabetes *mellitus*. Além, do pouco conhecimento por parte da população de suas doenças. As complicações devido à alta incidência de diabetes, hipertensão em pacientes aparentemente saudáveis também tem sido importante, de modo que são necessárias ações de intervenção para diminuir o risco cardiovascular, evitando complicações das doenças de base, como o AVE, IAM e Doença Renal crônica, entre outras.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Proposta de intervenção com vistas à redução de risco cardiovascular na população adulta na área da comunidade Antonina Coelho do município de Ubá, MG.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar os fatores de risco cardiovascular na área da COHAB.

Elaborar método para a educação da população, estruturar o serviço e estratégias para a modificação dos hábitos e estilos de vida.

4. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão da literatura consultando-se as bases de dados do Google Acadêmico, Planejamento e avaliação das ações em saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) relacionada com doenças cardiovasculares e outras literaturas relacionadas com doenças crônicas como HSA e DM associada a risco cardiovascular.

Para elaboração do diagnóstico situacional foi utilizado o método da estimativa rápida examinando as fontes secundárias (Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Plano Municipal de Saúde de Ubá, observação ativa e entrevista com informantes-chave, conforme preconiza Campos, Faria e Santos (2010) no livro texto Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde.

Após reunião com a equipe de saúde identificou-se uma série de problemas de saúde os quais foram analisados segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. A partir do critério de seleção aplicado o problema priorizado foi o risco cardiovascular aumentado.

Após definição do problema prioritário tornou-se necessário cumprir o momento explicativo, para o qual foi realizada a definição, priorização, descrição, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade dos planos e elaboração do plano operativo.

Em seguida, realizou-se o momento normativo, através da elaboração do plano de intervenção, para o qual foram utilizadas as tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade como a visita domiciliar, a consulta e grupos operativos entre outros para a realização das ações programadas no plano de intervenção.

O principal problema foi o risco cardiovascular aumentado, em uma área de abrangência de 3061 pessoas cadastradas maiores de 20 anos, 221 hipertensos, 68 diabéticos, 67 portadores de hiperlipidemia, 60 obesos, 600 tabagistas, 250 sedentários, 33 alcoólicos, 535 com maus hábitos dietéticos. Esse problema tem origem, principalmente devido aos maus hábitos de vida. Os recursos indispensáveis para a realização desta proposta de intervenção são: materiais educativos como cartazes, panfletos, folhetos educativos e outros documentos que aludem à informação do tema.

A proposta de intervenção será monitorizada seguindo os prazos estabelecidos no plano operativo com seguimento pelos responsáveis pelas operações.

5. BASES CONCEITUAIS

O risco cardiovascular é definido como a probabilidade de sofrer um evento cardiovascular em um determinado período, que normalmente é definido como 5 ou 10 anos, e estratificação e quantificação por médicos de família, especialmente em pacientes sem doença cardiovascular, é ou seja, na prevenção primária, é essencial para definir a intensidade da intervenção, a necessidade de estabelecer o tratamento medicamentoso pela frequência de visitas de acompanhamento (DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL 2007).

Os fatores de risco são os hábitos adquiridos ou sinais biológicos que ocorrem com mais frequência em pacientes com uma doença específica. A doença cardiovascular é multifatorial, e um fator de risco para ser considerado no contexto de outros. Os fatores clássicos ou tradicionais de risco cardiovascular estão divididos em dois grupos: não modificáveis (idade, história da família e gênero) e modificáveis (dislipidemia, tabagismo, diabetes, hipertensão, obesidade e estilo de vida sedentário (VEGA; GUIMARÁ; VEJA 2011).

Atualmente, eles estão investigando novos fatores de risco, tais como lipoproteína, homocisteína, proteína C-reativa, fibrinogênio, Fator VII, adiponectina e interleucina-6, entre outros (VEGA; GUIMARÁ; VEGA, 2011).

Doenças ateroscleróticas cardiovasculares representam a principal causa de morte nas populações desenvolvidas e em desenvolvimento. Embora grande progresso tenha sido feito na gestão dos clássicos fatores de risco cardiovascular modificáveis, estilo de vida pouco saudável conduz a um aumento da prevalência de sobrepeso, obesidade, doenças metabólicas, diabetes Mellitus tipo 2, a aterosclerose prematura e doenças cardiovasculares. É por isso que a previsão de risco cardio-metabólicos deve ser superior na prevenção primária da aterosclerose e doenças cardiovasculares. A avaliação individual do risco cardiovascular e cardio-metabólica representa a abordagem básica na prevenção primária de doenças cardiovasculares e diabetes Mellitus tipo 2. Biomarcadores cardio-metabólicos, especialmente de alta sensibilidade proteína C-reativa, albuminúria, peptídeo natriurético cerebral N-terminal, e procedimentos de imagem (carótida espessura íntima-média medida pelo

ultra-som) poderiam melhorar a previsão de doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, além de fatores de risco tradicionais (VEGA; GUIMARÁ; VEGA, 2011).

As principais causas de doença cardíaca e acidente vascular cerebral são: dietas inadequadas, inatividade física, tabagismo e uso nocivo do álcool. Os efeitos desses comportamentos podem se manifestar como hipertensão, hiperglicemia, hiperlipidêmica e com sobrepeso ou obesos. Estes "fatores de risco intermediários", que podem ser medidos na atenção primária, são indicativos de um aumento do risco de ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e outras complicações (VEGA; GUIMARÁ; VEGA, 2011). Mostra-se que a cessação do consumo de tabaco, redução de sal na dieta, comer frutas e legumes, atividade física regular e prevenção do consumo nocivo de álcool reduz o risco de DCV. Por outro lado, pode ser necessário prescrever um tratamento para a diabetes, a hipertensão ou a hiperlipidemia, a fim de reduzir o risco cardiovascular e prevenir ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais. As políticas de saúde que criam ambientes propícios para garantir a acessibilidade e disponibilidade de opções saudáveis são essenciais para motivar as pessoas a adotar e manter comportamentos saudáveis (VEGA; GUIMARÁ; VEGA, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Global sobre o Estado das Doenças não Transmissíveis (2010), as ações populacionais que deveriam ser postas em prática, imediatamente, por ser mais custo-efetivo e para reduzirem a carga de doenças e os custos, são: aumento dos impostos e dos preços do tabaco; proteção às pessoas da fumaça do cigarro; proibição de fumar em lugares públicos; advertência sobre os perigos do consumo de tabaco; cumprimento da proibição da propaganda, patrocínio e promoção de tabaco; restrição da venda de álcool no varejo; redução da ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos; substituição de gorduras trans em alimentos por gorduras poli-insaturadas, entre outras ações (BRASIL 2010).

De acordo com Elosual e Morales (2011, p.3-4,) a prevenção cardiovascular classicamente classificada em três fases, de acordo com o desenvolvimento ou a presença de doença:

[...] a prevenção primária tem como objetivo prevenir ou reduzir a incidência de fatores de risco cardiovasculares e doenças que agem sobre estilos de vida e meio ambiente e social da população. Geralmente, a população-alvo é toda a população; Um exemplo deste tipo de prevenção seria uma redução na ingestão de sal da população por legislação que limita a quantidade de sal nos produtos alimentares, tal como está o ser feito no Reino Unido.

Complementando Lobos Bejarano e Royo-Bordonada (2013) abordam que “o trabalho do médico de família nos cuidados primários para a prevenção cardiovascular é a identificação de pacientes de alto risco, a toma de decisões terapêuticas e acompanhamento a longo prazo da mesma.

Para Elosual e Morales, 2011, (p.3)

[...] a prevenção secundária visa prevenir ou retardar o aparecimento de complicações e recorrências da doença através de tratamento farmacológico, invasiva ou estilos de vida que têm sido comprovadas tratamentos eficazes. Às vezes ela difere entre prevenção secundária e terciária, mas ambos têm o mesmo objetivo. Um exemplo são os programas de reabilitação integral de pacientes com IC.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO 2010 p.1).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmhg de forma linear, contínua e independente. (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO 2010).

O Framingham Heart Study definiu os fatores de risco clássicos como sendo DM, HAS, hipercolesterolemia, tabagismo e os não-modificáveis, como idade, sexo masculino e história familiar de DCV (apud AFAS, 2007, p.260).

A doença cardiovascular é uma desordem causada por muitos fatores, entre os quais a dieta que desempenha um papel chave no seu desenvolvimento. Nos últimos anos tem havido mudanças nos hábitos alimentares da população em geral devido a várias causas. Um monte de pessoas não tem a oportunidade de comer em casa e comer uma dieta equilibrada. (MARTINEZ, L; TEJEDA, 2006).

Atualmente, existem milhões de pessoas com fatores de risco cardiovascular, incluindo os jovens, e isso é porque as crianças adquirem maus hábitos alimentares, e preferem alimentos ricos em gordura, sódio (sal) e carboidratos simples (açúcares); por além da falta de motivação necessário, o que longos períodos de inatividade física são adicionados na frente dos jogos de TV e de vídeo, os quais limitam ainda mais o dispêndio de energia. (MARTINEZ, L; TEJEDA, 2006).

Na idade adulta, as pessoas estão sujeito a estresse, sobrepeso, sedentárias, fumar ou usar drogas como parte de suas vidas diárias. Reduzir fatores de risco é essencial para diminuir as doenças cardiovasculares e mortalidade, particularmente em jovens adultos, assim que a prevenção e tratamento de complicações destes maus hábitos deve ser o objetivo principal dos programas saúde. (MARTINEZ, L; TEJEDA, 2006).

A dieta tem uma influência significativa no desenvolvimento e na prevenção de doenças cardiovasculares, alimentos considerados saudáveis ou nocivos têm mudado ao longo dos anos. A abordagem atual para a prevenção e tratamento da doença do ponto de vista nutricional é baseada nas diretrizes de saúde pública, preparado por comitês de especialistas, que recomendam o consumo específico de macro nutriente (ou seja, gorduras, hidratos de carbono, fibra) e micronutriente (isto é, vitaminas e minerais). Estas necessidades foram movidas para a população em geral como grupos de alimentos saudáveis (FeV) e insalubre (carne, gordura). (BERCIANO, S; ORDOVAS J, 2014)

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no mundo e o seu crescimento significativo nos países em desenvolvimento alerta para o potencial impacto nas classes menos favorecidas. São influenciados por um conjunto de fatores de risco, alguns modificáveis mediante alterações no estilo de vida, como a dieta adequada e o exercício regular. Os alimentos ricos em ácidos graxos saturados e trans devem ser evitados, assim como o uso excessivo de sal e bebidas alcoólicas. Além do exercício aeróbio, as atividades contra resistência vêm aumentando sua importância na reabilitação cardíaca. Essas mudanças de estilo de vida deveriam ser prioridade na saúde pública a fim de deter o avanço das doenças cardiovasculares em nosso país. (RIQUE, A, B, R.; SOARES, E, A.; MEIRELLES, C, M, 2002)

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Depois de realizado e discutido o diagnóstico situacional de nossa área de abrangência com equipe de saúde da família, se propôs a construção do plano de ação para os problemas escolhidos a partir do diagnóstico realizado, conhecendo que o diagnóstico situacional é apenas um primeiro passo num processo a construir um plano de ação.

As intervenções realizadas na ESF devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e o modo de vida da população. Os profissionais de saúde devem realizar rotineiramente, por meio de ações do processo de trabalho da equipe, intervenções que possibilitem suporte à referida população e seus familiares. A partir desta visão a equipe da ESF Antonio Cataldo Pinto organizou uma proposta de intervenção voltada para modificar o risco cardiovascular aumentado.

Primeiro passo: identificação dos problemas.

Pelo diagnóstico situacional realizado a equipe de saúde encontrou inúmeros problemas que passamos a citá-los abaixo:

- Risco cardiovascular aumentado.
- Mobilidade como HAS e DM não diagnosticadas em áreas descobertas por ACS.
- Uso indiscriminado de calmantes em pacientes maiores de 60 anos.
- Áreas descobertas por ACS
- Problemas sociais com: drogas e alcoolismo.
- Maus hábitos dietéticos

Segundo passo: priorização dos problemas.

Baseado nos problemas identificados, a equipe definiu a importância de fazer a priorização dos mesmos. A equipe utilizou os critérios: a importância de cada um (baixo, médio e alto), bem como sua urgência (escala de 0 a 5), capacidade de enfrentamento pela equipe da ESF e ordem de prioridade (“seleção”) segundo

Campos, Faria e Santos (2010). É muito importante priorizar um problema dentre dos identificados, porque a equipe não tem recursos humanos e financeiros para enfrentar todos os problemas de uma só vez. .

Tabela 3- Priorização dos problemas identificados na área de abrangência Programa de Saúde da Família Antonio Cataldo Pinto.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado.	5	Alta	Parcial	1
Mobilidade como HAS e DM não diagnosticada em áreas descobertas por ACS.	5	Alta	Parcial	1
Uso indiscriminado de calmantes em pacientes maiores de 60 anos.	3	Médio	Parcial	2
Áreas descobertas de agentes comunitários	4	Médio	Fora	2
Problemas sociais com: Uso de drogas e alcoolismo.	4	Médio	Parcial	3
Maus hábitos dietéticos	4	Médio	Parcial	3

Fonte: autoria própria

O problema priorizado pela equipe de saúde foi “risco cardiovascular aumentado”.

Quadro 1- Demonstrativo dos números de pacientes que apresentaram fatores de risco cardiovascular

Fatores de risco cardiovascular	Dados (%)	Fonte
População 20 anos e mais	3061(66,4)	SIAB
Hipertensos esperados	612 (19,9)	
Hipertensos cadastrados	587 (19, 1)	SIAB
Hipertensos acompanhados	221 (37,6)	Registro da equipe. Ficha individual
Hipertensos controlados acompanhados	200(90,4)	Registro da equipe. Ficha individual
Diabéticos esperados	306(9,9)	
Diabéticos cadastrados	153 (4,9)	SIAB
Diabéticos acompanhados	68(44.4)	Registro da equipe. Ficha individual
Diabéticos controlados acompanhados	61 (89,7)	Registro da equipe. Ficha individual
Portadores de hiperlipidemia acompanhados	67(2,1)	Registro da equipe. Ficha individual
Obesos acompanhados	60 (1,9)	Registro da equipe. Ficha individual

Tabagistas	600 (13,0)	Registro da equipe. Ficha individual
Sedentários	250(5,4)	Registro da equipe. Ficha individual
Alcoólicos	33 (0,7)	SIAB
Maus os hábitos dietéticos	535 (11,6)	Registro da equipe. Ficha individual
Complicações cardiovasculares	17(5,8)	Registro da equipe. Ficha individual
AVE	5(29,4)	Registro da equipe. Ficha individual
IAM	8(47,0)	Registro da equipe. Ficha individual
IRC	4(23,5)	Registro da equipe. Ficha individual
Óbitos por causas cardiovasculares	5(29,4)	Registro da equipe. Ficha individual.

Fonte: autoria própria

Terceiro passo: descrição dos problemas

Um fator que dificulta as ações da ESF para prevenir as complicações cardiovasculares é que o número de pacientes com HAS e com DM acompanhados estão abaixo dos números de pacientes cadastrados. Existem micro áreas descobertas pelo acompanhamento por parte dos ACS, por falta desses profissionais, o que favorece a situação demonstrada no quadro 2.

Outros fatores de risco cardiovasculares identificados que influenciam negativamente a saúde da população são: alcoólicos 1,2%, tabagistas 19,6%, dislipidemia 2,1%, obesos 1,9%, maus hábitos dietéticos 17,4%, mostrando que 74,6% da população maior de 20 anos têm fatores de risco cardiovascular elevado.

Assim, o risco cardiovascular representa um importante problema de saúde pública na região sendo necessário priorizar os esforços na prevenção, defesa, educação e manejo do paciente. Medidas simples podem melhorar a situação e promover a saúde dessa população.

Quarto passo: Explicação do problema

O risco cardiovascular aumentado esta dentro de um contexto econômico social que determina as políticas públicas que influenciam no modelo assistencial. Isso interfere na estrutura dos serviços de saúde, no processo de trabalho e na resposta do sistema de saúde. O acompanhamento de risco e agravos e o uso de protocolos, diagnóstico, capacitação de pessoas, referencias e contra referências pode melhorar a assistência. Também o modelo de desenvolvimento econômico social determina os políticos, culturais, ambientais e socioeconômicos que predispõem aos hábitos e estilos de vida incorretos. Tais como, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo, as questões sociais (desemprego, trabalho, violência, baixos salários) e o nível de informação (a não informação sobre os riscos e agravos e direitos sociais). Com o risco cardiovascular aumentado os problemas de saúde como a HAS, DM, dislipidemias e obesidade podem surgir, bem como o IAM, AVE e DRC. Todos esses agravos podem provocar o aumento de pessoas deficientes, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e da mortalidade.

Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”

Campos, Farias e Santos, (2010, p.65) dão uma explicação muito clara sobre os “nós críticos” que são aquelas causas que são consideradas mais importantes na origem do problema e que merecem ser enfrentadas para serem solucionadas. Traz também a idéia de “que está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” junto com sua equipe.

Os nós críticos do problema priorizado

1. Maus hábitos alimentares
2. Obesidade
3. Sedentarismo

Sexto passo: Desenho das operações

Depois de identificar o problema e saber as causas mais importantes foi elaborado um plano de ações, composto por operações que precisariam de recursos econômicos, organizacionais, cognitivo e de poder. Assim, foi proposto operações necessárias para solucionar os problemas (Quadro 2).

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

NÓS CRÍTICOS	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	RECURSOS NECESSÁRIOS
Maus hábitos alimentares	<p>Mais saúde</p> <p>Sensibilizar os usuários para modificar aos hábitos alimentares;</p> <p>Explicar a importância da mudança dos hábitos alimentares para ter uma vida saudável.</p> <p>Discutir sobre a importância de uma alimentação saudável em pacientes portadores de HAS, DM e obesos.</p>	Melhorar os hábitos alimentares em 50 % portadores de HAS, DM e obesos.	<p>Maior vínculo dos pacientes, e maior frequência desses na unidade e adesão às orientações.</p> <p>Níveis glicêmicos e pressóricos menores.</p> <p>Prevenção de complicações.</p>	<p>Cognitivo Informação sobre o tema.</p> <p>Organizacional Recursos humanos.</p> <p>Financeiros Boletins informativos sobre o tema.</p> <p>Políticos Mobilização da população, realizados pelos diversos profissionais de saúde (nutricionista, equipe da ESF e do NASF, entre outras)</p>
Sedentarismo	<p>Vida saudável</p> <p>Aumentar a atividade física nos portadores de HAS, DM e obesos.</p>	Redução de no mínimo de 15 % sedentarismo nos portadores de HAS, DM e obesos.	Promover importância da prática de atividade física nos portadores de HAS, DM e obesos.	<p>Cognitivo Informação sobre o tema.</p> <p>Organizacional Recursos humanos.</p> <p>Financeiros Documentos de informação do tema.</p> <p>Políticos Mobilização da população, realizados pelos</p>

				diversos profissionais de saúde (nutricionista, educador físico e Núcleo de Apoio a Saúde da Família)
Obesidade	<p>Mais conhecimento</p> <p>Manter Índice de Massa Corporal adequado nos pacientes portadores de HAS e DM</p>	<p>Redução de no mínimo 15% peso corporal nos portadores de HAS e DM</p>	<p>Promover e alcançar uma vida saudável nos portadores de HAS e DM</p>	<p>Cognitivo Informação sobre o tema.</p> <p>Organizacional Recursos humanos.</p> <p>Financeiros Documentos de informação do tema.</p> <p>Políticos Mobilização da população, realizados pelos diversos profissionais de saúde (nutricionista, educador físico e Núcleo de Apoio a Saúde da Família)</p>

Outras ações de saúde:

Serão realizadas as seguintes ações para modificação do risco cardiovascular que serão controladas pelo médico (a) do PSF.

-Pesquisa ativa de PA em população maior de 20 anos, executada pelo médico PSF, Enfermeira do PSF, Técnica de Enfermagem, nas consultas e visitas domiciliares.

- Acompanhamento a cada três meses dos pacientes com HAS e DM em consulta domiciliar por médicos e enfermagem do PSF e ACS.

- Estratificação por fatores de risco cardiovasculares e renais em consulta de acompanhamento, executado pelo médico e enfermeiro do PSF a cada visita domiciliar. -Aumentar as visitas domiciliares para as áreas expostas executadas pelo médico e enfermagem do PSF, a equipe do NASF e ACS, mensalmente.

- Aplicar Linha Guia de HAS, DM e DRC em consulta de estratificação de risco cardiovascular que poderá ser executada pelo médico, toda sexta-feira.

- Criar grupo de Hipertensos e Diabéticos, por meio das equipes do NASF, médico e enfermeiro do PSF e ACS, com reuniões mensais.

- Criar grupo de tabagismo por meio das equipes do NASF, médico e enfermeiro do PSF e ACS, nas quintas-feiras semanalmente, quinzenalmente e mensalmente.

- Promover atividade física com educador físico.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, a equipe deve ter conhecimento de quais recursos críticos irá utilizar para operacionalizar os projetos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3- Identificação dos recursos críticos para resolução problemas

Operação/ projeto	Recursos críticos
Mais saúde	Financeiro: Boletins informativos sobre o tema. Cognitivo: Informação sobre o tema.
Vida Saudável	Políticos: Mobilização da população, com os setores, Núcleo de Apoio a Saúde da Família Financeiros: Documentos de informação do tema.
Mais conhecimento	Financeiros: Documentos de informação do tema. Políticos: Mobilização da população, com os setores, Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Fonte: autoria própria

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

A fim de reduzir ou modificar o risco cardiovascular é necessário ações diretas não só de conhecimento. É necessário para a viabilização do plano os recursos materiais que não estão disponíveis para a equipe e o envolvimento de outros atores como secretário de educação, secretário de saúde, associações de bairro. Além do apoio do Prefeito e Secretário Municipal de Saúde, e outros representantes políticos que podem financiar os recursos necessários, tais como equipamento, boletins, pesquisas e consultas especializadas necessárias para realizar o plano de ação.

Quadro 4 - Ações estratégicas para viabilizar o plano

Operação	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Mais saúde Maus hábitos alimentares	Financeiro: Boletins informativos sobre o tema. Cognitivo: Informação sobre o tema.	Secretario de Saúde	Favorável	Reunir como Secretário de Saúde
Vida Saudável Sedentarismo	Políticos: Mobilização da população, com os setores, Núcleo de Apoio a Saúde da Família Financeiros: Documentos de informação do tema.	Secretario de Saúde Associações de bairro. Perfeito Secretaria de Educação	Favorável	Reunir com os envolvidos para discutir e apresentar problemas e soluções.
Mais conhecimento Obesidade	Financeiros: Documentos de informação do tema. Políticos: Mobilização da população, com os setores, Núcleo de Apoio a Saúde da Família	Secretaria de Educação Associações de bairro. Perfeito Secretaria de Saúde.	Favorável	Reunir com os envolvidos para discutir e apresentar problemas e soluções

Fonte: autoria própria

Nono passo: elaboração do plano operativo

A finalidade desses passos será designar um responsável pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

O responsável das operações se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações e garantirá que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas.

Quadro 5- Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar aos hábitos alimentares	Melhorar os hábitos alimentares em 50 % portadores de HAS, DM e obesos.	Palestras educativas em posto de saúde e comunidade. Programa de caminhada programada.		Médica Enfermagem Nutricionista de NASF Educador Físico	6 meses
Aumentar a atividade física nos portadores de HAS, DM e obesos.	Redução de no mínimo de 15 % sedentarismo nos portadores de HAS e DM.	Avaliação do nível de informação da população sobre riscos cardiovasculares. Capacitação de os ACS Palestras educativas em posto de saúde e comunidade Atividade física com educador físico		Médica. Enfermagem Educador Físico	3 meses
Manter IMC adequado nos pacientes portadores de HAS, DM.	Redução de no mínimo 15% peso corporal nos portadores de HAS, DM.	Palestras educativas em posto de saúde e comunidade. Programa de caminhada programada. Criar grupo de Hipertensos e Diabéticos.		Médica Enfermagem Educador Físico	6 meses

Fonte: autoria própria

Décimo passo: gestão do plano

A finalidade desses passos é desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 6- Gestão do plano Mais Saúde.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
1 Palestras educativas em posto de saúde e comunidade.	Médica Enfermagem Nutricionista de NASF	6 meses	Programa implantado em todas as micro áreas.		Não se aplica
2 Programa de caminhada programada.	Educador Físico.	.6 meses	Programa não implantado em todo o micro áreas	Pouca cooperação do pacientes.	3 meses

Quadro 7- Gestão do plano Vida Saudável.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
1 Avaliação do nível de informação da população sobre riscos cardiovasculares.	Médica Enfermagem	6 meses	Programa implantado e implementado em todo o micro áreas.		
2 Capacitação de os agentes comunitários.	Enfermagem	.6 meses	Programa implantado e não implementado em todo o micro áreas		
3 Palestras educativas em posto de saúde e comunidade	Médica. Enfermagem Nutricionista de NASF Agentes Comunitários.	.6 meses	Programa implantado e não implementado em todo o micro áreas		

4 Atividade física com educador físico	Educador Físico.	6 meses	Programa implantado e não implementado em todo o micro áreas	Pouca cooperação do pacientes	3 meses

Quadro 8- Gestão do plano Mais conhecimento

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
1 Redução de no mínimo 15% peso corporal nos portadores de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus	Médica Enfermagem Nutricionista de NASF	6 meses	Programa implantado e não logrado.	Pouca cooperação do pacientes.	6 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo reforça a importância do papel de toda a equipe da Estratégia Saúde da Família, principalmente nos dias atuais que a tendência é a melhoria no atendimento aos usuários do SUS.

A Estratégia Saúde da Família vem provocando uma revolução na atuação profissional e estruturação do trabalho em saúde. Isso ocorre da necessidade de adequação dos recursos humanos, indivíduos cuja formação, na maioria das vezes, se deu no modelo tecnicista e biologista, e que entram em confronto com uma prática desafiadora, o da integralidade.

Durante o planejamento da proposta de intervenção percebeu-se que existem muitas pessoas que possuem problemas cardiovasculares, mas que não se preocupam com a saúde. A consulta realizada nos cadastros dos pacientes foi importante, pois a equipe da PSF se reuniu, analisou esses cadastros e chegou à conclusão que por meio das visitas domiciliares e salas de espera foi possível orientar as pessoas sobre a importância da realização dos exames periódicos e de se ter uma melhor qualidade de vida, com mais saúde.

REFERÊNCIAS

BERCIANO, S.; ORDOVAS, J. M. **Nutrição e saúde cardiovascular**: Madrid, Espanha, v.67, 2014.n.p.

BEJERANO, J. M.; BORDONADA, M. A. **Comitê Espanhol Interdisciplinares para a Prevenção Cardiovascular (CEIPC)**. Aten Primaria. 2013.

Biblioteca Virtual em Saúde, 2014.

Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, 2013.

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

Diretrizes de prática clínica para o tratamento da hipertensão. Rev Esp Cardiol. 2007. Disponível em: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v60n09a13109650pdf001.pdf>>. Acesso em 21 de nov. 2010.

ELOSUAL, R.; MORALES, A. **Determinação do risco cardiovascular total**. Objetivos de caracterização, modelagem e de prevenção no contexto sócio geográfica. Cuban Jornal de Cardiología e Cirugía Cardiovascular. 2011. v 17: p.3-4, 2011.

MARTINEZ, L.; TEJEDA, A. **Nutrição e prevenção cardiovascular**: México, 2006.n.p.

NOBRE, F. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol. 2010.p.1-51.

Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Ubá. Minas de Gerais. 2013. Disponível em: <<http://www.uba.mg.gov.br/>>. Acesso em: 01 jun 2015.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C, M. **Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares**. São Paulo, v. 8, n. 6, p. 244-54, nov./dez. 2002. . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v8n6/v8n6a06.pdf>

Situação de saúde em as Américas. Indicadores básicos 2009. Disponível em:<http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=220&Itemid=317> Acesso em: 20 jan. 2010.

Sistema de Informação de Atenção Básica, SIAB ,2013.

VEGA,J.A.;GUIMARA,M.M.;VEGA,L.A . **O risco cardiovascular, uma ferramenta útil para a prevenção de doença cardiovascular**. Rev. Cubana Med Gen Integr, v.27, n.1, Ciudad de La Habana, ene-mar. 2011.