

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA LAURA PEREIRA VALLADARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA NO MUNICÍPIO DE SANTANA DO
PARAÍSO - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2020

MARIA LAURA PEREIRA VALLADARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA NO MUNICÍPIO DE SANTANA DO
PARAÍSO - MINAS GERAIS**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Leandro Araújo Fernandes

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2020

MARIA LAURA PEREIRA VALLADARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA NO MUNICÍPIO DE SANTANA DO
PARAÍSO - MINAS GERAIS**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Leandro Araújo Fernandes

Banca Examinadora

Prof. Leandro Araújo Fernandes – Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de maio de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amigos, aos meus pais, meus familiares, meus colegas de trabalho, aos profissionais da área da saúde, à equipe de saúde da ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso - MG. A todos vocês que compartilharam comigo todos os momentos e alegrias e que acreditaram em meus sonhos e, que lutaram comigo por um bem maior, a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por tudo que fizeram por mim, pelos momentos juntos, pelos caminhos percorridos, pela compreensão e pelo amor a mim dedicado.

Aos meus amigos, pela convivência, pela troca de conhecimentos e por todos os momentos em que lutamos juntos pela mesma causa.

À equipe de saúde da ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso – MG, pelo ótimo trabalho realizado, pela troca de habilidade e conhecimentos, pelas experiências trocadas e pela ajuda cotidiana, pelo apoio e pelas conquistas em prol da qualidade de vida da comunidade a qual serviços.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste estudo.

A cada dia de nossa vida aprendemos com nossos erros ou nossas vitórias, mas o importante é saber que todos os dias, vivemos algo novo, algo repleto de expectativas e de desejos e nos sentimos ansiosos por buscar cada vez mais novos horizontes e novas realizações.

Shirley Nogueira

RESUMO

Este projeto tem como objetivo aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares atendidas na Estratégia Saúde da Família Cidade Nova de Santana do Paraíso em Minas Gerais. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, ocorrem por ano 16,7 milhões de óbitos, dos quais 7,2 milhões foram por doenças cardiovasculares. Dados como estes nos preocupam muito, porque significa que as ações preventivas praticadas nas unidades de saúde estão sendo falhas em todo o processo, sendo necessário reflexões acerca do problema. Na comunidade de Cidade Nova tem-se percebido o grande número de indivíduos que estão com doenças cardiovasculares e, identificar os fatores de risco foi de suma importância para o planejamento de prevenção e tratamento dos já doentes. A adesão ao tratamento pela população é muito baixa, o que prejudica os resultados do trabalho da equipe, que busca melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Para realização do presente plano de ação, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário, dos nós críticos e elaboração do plano. Também foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema, com consulta em publicações da Biblioteca Virtual em Saúde, biblioteca virtual do NESCON e documentos de órgãos públicos. Assim, a partir da implementação deste projeto espera-se alcançar medidas de prevenção para as doenças cardiovasculares, bem como, ampliar a adesão ao tratamento daqueles que já se encontram doentes e, desse modo, melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Risco cardiovascular.

ABSTRACT

This project aims to increase adherence to the treatment of patients with cardiovascular diseases treated in the Family Health Strategy Cidade Nova de Santana do Paraíso in Minas Gerais. According to data from the World Health Organization, 16.7 million deaths occur each year, of which 7.2 million were due to cardiovascular diseases. Data like these are of great concern to us, because it means that the preventive actions practiced in the health units are failing throughout the process, requiring reflections on the problem. In the Cidade Nova community, the large number of individuals who have cardiovascular diseases has been perceived and, identifying the risk factors was of paramount importance for the planning of prevention and treatment of the already sick. Adherence to treatment by the population is very low, which affects the results of the team's work, which seeks to improve the quality of life of individuals. To carry out this action plan, Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed, define the priority problem, critical nodes and prepare the plan. A bibliographic review on the topic was also carried out, with consultation in publications from the Virtual Health Library, NESCON's virtual library and documents from public agencies. Thus, from the implementation of this project, it is expected to achieve preventive measures for cardiovascular diseases, as well as to expand adherence to the treatment of those who are already ill and, thus, improve the quality of life of the community.

Keywords: Cardiovascular diseases. Cardiovascular risk.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CODEMIG	Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CT	Colesterol Total
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FR	Fatores de risco
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IDEP	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
LME	Laudo de Medicamentos Especiais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIB	Produto interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RMVA	Região Metropolitana do Vale do Aço
SM	Síndrome Metabólica
TG	Triglicérides
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Doenças cardiovasculares e condições dos pacientes atendidos na ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso – MG.....	33
----------	---	----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Problemas de saúde do território e da comunidade (Estimativa rápida).....	23
Quadro 2	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso – MG.....	24
Quadro 3	Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Falta de conhecimento da população sobre as complicações das Doenças Cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe da ESF Cidade Nova da cidade de Santana do Paraíso – MG.....	35
Quadro 4	Operações sobre o “nó crítico 2 relacionado ao problema “Dificuldade em mudar os hábitos alimentares e estilos de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da ESF Cidade Nova em Santana do Paraíso – MG.....	36
Quadro 5	Operações sobre o “nó crítico 3 relacionado ao problema “Falta de adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde ESF cidade Nova em Santana do Paraíso – MG.....	37
Tabela 1	Influências ambientais e fatores de risco modificáveis e não modificáveis associados ao aumento do risco e eventos coronarianos.....	29
Tabela 2	Classificação funcional da insuficiência cardíaca segundo New York Association.....	32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Aspectos Gerais do Município.....	13
1.2	Aspectos da Comunidade.....	17
1.3	Sistema Municipal de Saúde.....	18
1.4	Unidade Básica de Saúde.....	20
1.5	Equipe de Saúde da Família.....	21
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe.....	21
1.7	O dia a dia da equipe.....	22
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	23
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção.....	24
2	JUSTIFICATIVA.....	25
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	Objetivo Geral.....	26
3.2	Objetivos Específicos.....	26
4	METODOLOGIA.....	27
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	28
5.1	Doenças Cardiovasculares.....	28
5.2	Doença Arterial Coronária.....	28
5.3	Dimensionamento dos fatores de risco.....	30
5.4	Infarto agudo do miocárdio.....	32
5.5	Insuficiência Cardíaca.....	32
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	33
6.1	Descrição dos problemas selecionados.....	33
6.2	Explicação dos problemas selecionados.....	34
6.3	Seleção dos Nós Críticos.....	34
6.4	Desenho das operações.....	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Santana do Paraíso é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, região sudeste do país. Localiza-se no Vale do Rio Doce e pertence à Região Metropolitana do Vale do Aço, estando situado a cerca de 240 km a leste da capital do estado. Ocupa uma área de pouco mais de 276 km², sendo aproximadamente 15 km² em área urbana. População estimada é de 33 934 habitantes (IBGE, 2018).

Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social. A indústria, em 2016, era o segundo setor mais relevante para a economia do município. 123.766,71 mil reais do PIB municipal eram do valor adicionado bruto do setor secundário. Grande parte dessa renda é originada no Distrito Industrial da cidade, que é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (CODEMIG), que foi estruturado em 2000 e conta com área de cerca de 920 965 m² (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO PARAÍSO, 2019).

Em 2010, 12,97% da população ocupada estava empregada no setor de construção; 1,35% nos setores de utilidade pública; 11,99% no comércio e 36,17% no setor de serviços, e em 2016, 198.516,72 mil reais do PIB municipal eram do valor adicionado bruto do setor de serviços e 117.024,11 mil reais do valor adicionado da administração pública (IBGE, 2018).

O movimento comercial em Santana do Paraíso possui pouca representatividade se comparado aos demais municípios da Região Metropolitana do Vale do Aço, no entanto o município tem como principais vias de articulação econômica um trecho que compreende as avenidas Getúlio Vargas e Minas Gerais e a Rua Sagrados Corações, no Centro, região onde se concentram serviços públicos, estabelecimentos comerciais, instituições de ensino e unidades de saúde.

Além da importância econômica e demográfica, o município também abriga diversas trilhas, matas, lagoas e cachoeiras abertas à visitação. Na cidade, um dos principais marcos é a Igreja Matriz de Santana, mantida pela paróquia local.

O grupo de congado, o artesanato e eventos festivos, tais como o aniversário da cidade e as comemorações religiosas da Festa do Divino e do dia de Santa Ana, padroeira municipal, são algumas das principais manifestações culturais.

A composição do relevo é resultado de uma dissecação fluvial atuante nas rochas granito-gnáissicas do período Pré-Cambriano. As altitudes médias variam entre 200 metros, a sul do território municipal, nas áreas próximas ao curso do rio Doce; a 850 metros na região da Serra do Achado, a noroeste, atingindo 1.100 metros na região da nascente do ribeirão do Achado. A sede da cidade, por sua vez, situa-se a 300 metros de altitude. Pode-se inferir que as áreas a sul apresentam planícies e terrenos ligeiramente ondulados, enquanto que à medida que se aproxima da Serra do Achado, na extremidade noroeste, o relevo se torna fortemente acidentado.

O município de Santana do Paraíso faz limites com os municípios de Belo Oriente a norte, Ipaba a leste, Caratinga a sudeste, Ipatinga a sul e Mesquita a oeste.

O intenso crescimento da região tem tornado inefetivas as fronteiras políticas entre seus municípios, formando-se a Região Metropolitana do Vale do Aço (RMVA), envolvendo Santana do Paraíso juntamente com as cidades de Coronel Fabriciano, Ipatinga e Timóteo, além dos outros 24 municípios que fazem parte do chamado colar metropolitano. Conforme já citado, Santana do Paraíso configura-se como uma cidade dormitório para a RMVA, ao passo de sediar o único aeroporto da região e de ser o município com a maior disponibilidade de áreas propícias ao crescimento urbano.

A vegetação nativa pertence ao domínio florestal Atlântico (Mata Atlântica), restando poucas regiões fragmentadas em meio a áreas reflorestadas, pastagens e ao perímetro urbano. O predomínio, no entanto, é da monocultura de reflorestamento com eucalipto, que ocupa área maior que o bioma original, tendo como finalidade a produção de matéria-prima para a fábrica de celulose da Cenibra.

Alguns dos principais problemas ambientais que a cidade sofre são as enchentes, que no período chuvoso provocam grandes estragos nas áreas mais baixas e populosas, e os deslizamentos de terra nos morros e encostas. As causas desses embaraços muitas vezes são as construções de residências em encostas de morros e zonas de risco, além do lixo e do esgoto despejado nos córregos e ribeirões.

A região central da cidade e o bairro Águas Claras, que se estabeleceram às margens de cursos hídricos, normalmente são algumas áreas das mais atingidas por enchentes. As queimadas florestais destroem a mata nativa, comprometendo a qualidade do solo e prejudicando ainda a qualidade do ar, sendo que a cidade também é afetada pela poluição atmosférica gerada nas usinas do Vale do Aço.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Santana do Paraíso é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo que seu valor é de 0,685 (o 2.309º maior do Brasil).

A cidade possui a maioria dos indicadores próximos ou abaixo da média nacional segundo o PNUD. Considerando-se apenas o índice de educação o valor é de 0,552, o valor do índice de longevidade é de 0,878 e o de renda é de 0,663. De 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo reduziu em 69,0% e em 2010, 88,9% da população vivia acima da linha de pobreza, 7,3% encontrava-se na linha da pobreza e 3,8% estava abaixo e o coeficiente de GINI, que mede a desigualdade social, era de 0,431, sendo que 1,00 é o pior número e 0,00 é o melhor. A participação dos 20% da população mais rica da cidade no rendimento total municipal era de 47,0%, ou seja, 8,9 vezes superior à dos 20% mais pobres, que era de 5,3% (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO PARAÍSO, 2019).

O rápido crescimento populacional registrado após a emancipação de Santana do Paraíso fez com que a expansão urbana do município não fosse acompanhada pelo desenvolvimento econômico e social que fosse capaz de suprir às necessidades da população, sendo consideráveis as ocupações desorganizadas e os loteamentos precários, em especial na periferia da cidade. Várias subdivisões contam com deficiências como acentuada declividade, vias sem drenagem e terraplenagem insuficiente, impossibilitando a construção de moradias ou gerando ocupações indevidas. Em 2012, cerca de 55% dos lotes aprovados no município encontravam-se desocupados.

Santana do Paraíso possuía, em 2009, 12 estabelecimentos de saúde, sendo um deles privado e onze públicos municipais entre prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade não conta com hospitais e leitos e isso obriga os atendimentos aos casos mais graves e as internações a serem realizadas nos municípios vizinhos.

Em 2017, foram registrados 149 óbitos, sendo que as doenças do sistema circulatório representaram a maior causa de mortes (27,5%), seguida pelos tumores (22,1%). Havia, em 2010, 0,33 enfermeiros, 0,37 dentistas e 0,2 médicos para cada mil habitantes, abaixo das médias nacionais de 0,69, 0,54, e 1,5, respectivamente (DATASUS, 2019).

Em 2017, 3,35% das mulheres de 10 a 17 anos tiveram filhos. Em 2014, foram registrados 595 nascidos vivos, sendo que o índice de mortalidade infantil neste ano foi de 13,4 óbitos de crianças menores de cinco anos de idade a cada mil nascidos vivos (DATASUS, 2019).

De 2010 a 2016, foi verificado um aumento de 161,8% dos acompanhamentos pré-natal em mulheres grávidas, que no último ano citado atenderam a 79,7% dos nascidos vivos. Em 2018, 104,3% das crianças menores de 1 ano de idade estavam com a carteira de vacinação em dia e 99,0% das crianças do município foram pesadas pelo Programa Saúde da Família, sendo que 0,3% delas estavam desnutridas (DATASUS, 2019).

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Santana do Paraíso era, no ano de 2013, de 5 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 à 10), sendo que a nota obtida por alunos do 5º ano foi de 6 e do 9º ano foi de 5,3; o valor das escolas públicas de todo o Brasil era de 4,7.

Em 2018, 3,1% das crianças com faixa etária entre sete e 14 anos não estavam matriculados em escolas. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 51,4% e o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos era de 97,4% (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO PARAÍSO, 2019).

Em 2016, a distorção idade-série entre alunos do ensino fundamental, ou seja, com idade superior à recomendada, era de 8,6% para os anos iniciais e 26,3% nos anos finais e, no ensino médio, a defasagem chegava a 27,5%. Dentre os habitantes de 25 anos ou mais, em 2018, 41,47% tinham completado o ensino fundamental, 25,12% o ensino médio e 4,89% o ensino superior, sendo que a população tinha em média 8,38 anos esperados de estudo (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO PARAÍSO, 2019).

Os serviços de abastecimento de água e coleta de esgoto da cidade são feitos pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), sendo que em

2008 havia 5 402 unidades consumidoras e eram distribuídos em média 4 383 m³ de água tratada por dia.

Em 2018, segundo o IBGE, 97,93% dos domicílios eram atendidos por água encanada e 93,44% possuíam esgotamento sanitário. Grande parte da água utilizada para o suprimento da cidade e da região do Vale do Aço é originada de um aquífero aluvionar localizado no subsolo, sendo extraída e tratada na estação de tratamento de água da COPASA. No entanto, Santana do Paraíso possui cinco pontos de captação e tratamento menores que atendem a algumas regiões do próprio município. Não há estações de tratamento de esgoto, sendo que as águas residuais são despejadas sem ser tratadas nos cursos hidrográficos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO PARAÍSO, 2019).

1.2 Aspectos Gerais da Comunidade

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Cidade Nova é responsável por 162 famílias, o que representa uma população de 2070 pessoas.

Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas rurais em gado de corte e leiteiro, pequenas plantações variadas, e da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgoto sanitário e à coleta de lixo, apesar da cidade contar com 77,2% de esgotamento sanitário adequado. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias.

O analfabetismo é elevado, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10.08 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.4 para cada 1.000 habitantes.

Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

O número total de óbitos em Santana do Paraíso foi de 184 pessoas, sendo a maioria por doenças cardíacas, seguido de câncer. Há atualmente em tratamento casos de tuberculose, HIV e sífilis.

Nas crianças, as doenças do sistema respiratório são o problema mais frequente. Entre as afecções respiratórias estão, basicamente, a asma e as infecções agudas das vias aéreas.

No que diz respeito ao problema de saúde mais prevalente nos adolescentes, a dependência química (principalmente álcool e tabaco), seguido de doenças respiratórias, gestação, cefaleia, alergia e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são mais prevalentes.

O consumo de drogas ilícitas entre os jovens é uma preocupação de saúde pública e requer atenção. Nos adultos e idosos, a hipertensão arterial e o diabetes são doenças com alta prevalência, porém doenças senis como demências e Parkinson estão aumentando sua incidência devido ao envelhecimento da população, devido a maior expectativa de vida.

Não podemos deixar de citar a obesidade, doença que vem atingindo todas as faixas etárias, contribuindo para aumento da morbimortalidade, principalmente as doenças cardiovasculares.

1.3 Sistema Municipal de saúde

A oferta de serviço do município de Santana do Paraíso contempla a Atenção Primária em Saúde (APS) e serviços de média complexidade. Possui 11 unidades de saúde. Na Cidade Nova, que é o bairro em que a minha UBS está instalada, é um bairro novo e ainda existe uma parte da população não coberta. Em caso de urgência/emergência o indivíduo pode se deslocar ao plantão municipal, após o fechamento das unidades de saúde. Este funciona na UBS Centro, de 16:00 às 23:00, segunda à sexta. No fim de semana ficam disponíveis 2 carros para locomoção de pacientes que necessitem de avaliação na rede de urgência.

A cidade não possui unidades de pronto atendimento 24 horas ou hospitais, tendo que se deslocar à cidade mais próxima (Ipatinga), 15 km distante, que possui 1 UPA e 2 hospitais: Hospital Municipal Elaine Martins, 100% SUS, e Hospital Marcio Cunha, público-privado. Em caso de tratamento complexo, que não possa ser

fornecido nessas instituições, o indivíduo é encaminhado à Belo Horizonte, via SUS fácil.

Em relação aos pontos de atenção à saúde secundários, o município possui convênio intermunicipal (CONSAÚDE) que permite acesso à especialidades médicas e exames/procedimentos de maior complexidade. É importante relatar que Santana do Paraíso arca com especialidades médicas em psiquiatria, pediatria, ginecologia, dermatologia e cirurgia geral, ampliando a rede de serviços oferecidos no próprio município. Há também um psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, e fisioterapeuta.

A assistência farmacêutica é realizada pelo programa Farmácia de Minas que fornece os medicamentos básicos da rede municipal. Medicamentos de auto custo podem ser financiados pelo próprio município, dependendo a situação clínica do paciente, ou via secretaria estadual de saúde, por LME (laudo de medicações especiais).

Vale ressaltar que, pela atual crise financeira do município e estado, muitos medicamentos estão em falta, o que gera situações de agravo de saúde de pacientes que não conseguem adquirir os medicamentos mesmo com desconto do programa da farmácia popular nas farmácias convencionais.

O município já é integrado ao E SUS, porém o preenchimento do prontuário ainda não é feito por via eletrônica, exceto na minha UBS, que foi a primeira a ser implantado o sistema.

Os usuários são atendidos conforme a área adscrita, a não ser em situações de urgência/emergência. E para que o mesmo seja atendido por qualquer funcionário é obrigatório a apresentação do cartão nacional do SUS.

No município existe ainda o Conselho Municipal de Saúde, representado por um conselheiro eleito e empossado conforme legislação municipal. Funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado, com a função de atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os conselhos fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública.

Os desafios para efetivar a atenção e o cuidado integral à saúde começam pela reorganização dos processos de trabalho na rede primária e vão se somando a outras ações de atenção à saúde. Na atenção primária à saúde, deve-se atentar aos princípios propostos pelo SUS no sentido de criar vínculos, acolhimento e autonomia

que valorizem a singularidade dos sujeitos como pontos de partida para qualquer intervenção.

A compreensão e o exercício da integralidade nas diferentes dimensões do cuidado, de promoção, prevenção, tratamento e recuperação em saúde devem ter como referência a prática de um cuidado integrado em saúde. É um esforço que deve partir, inicialmente, dos trabalhadores e dos gestores da saúde. Para tanto, é necessário também que os gestores municipais, estaduais e federais priorizem este princípio, aplicando no cotidiano de gestão e na operação do sistema de saúde.

A formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam consideravelmente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Assim, a formação e a educação dos profissionais para abordagem do processo saúde-doença, com enfoque na saúde da família, são um dos desafios para o êxito do modelo sanitário proposto pelo SUS.

Em contrapartida, a evidência científica aponta a crise de situação de trabalho dos trabalhadores da saúde atuantes no âmbito do SUS, a qual abrange desde a questão salarial e de carreira até a carência de recursos técnicos e materiais.

Os profissionais de saúde da atenção primária têm indicado vários aspectos desmotivadores, como: dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente; relacionamento interno com a equipe de saúde e inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho; falta de transporte e de material; precariedade da infraestrutura da unidade; reuniões improdutivas e de baixa resolubilidade; excesso de demanda para a oferta disponível; contrato de trabalho na modalidade temporária e não por concurso público; baixa remuneração; alta rotatividade de profissionais; acúmulo de mais de um vínculo de trabalho. Tais aspectos são apontados como razões para não considerarem o trabalho na ESF como atividade principal.

Outro ponto a ser colocado é a respeito da visão da própria gestão da APS e usuários como algo inferior e pouco valorizado, priorizando a atenção secundária e terciária, sendo que a estratégia de saúde da família foi criada pela necessidade de substituir o modelo sanitário hegemônico, historicamente voltado para a doença e para o cuidado médico individualizado, curativo, médico-centrado e tendo o hospital como cenário de solução para todo e qualquer problema de saúde, por um novo modelo, sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Cidade Nova

A ESF Cidade Nova atende diariamente a demanda espontânea sem critério de urgência em mais de um 90% dos casos. Esta situação provoca a redução do atendimento às situações de doenças crônicas e as ações de prevenção e de promoção em saúde previstas em APS.

Os usuários preferem a oferta de consultas agendadas no dia por ordem de chegada e receber os atendimentos com base em suas queixas. As equipes de saúde apresentam dificuldades em estabelecer uma agenda programada para oferecer os cuidados continuados e para abarcar os distintos protocolos de atendimentos e as linhas guias orientada para acompanhar aos usuários com doenças crônicas, apesar da prevalência de diabéticos e hipertensos dentro da população. Os atendimentos são com base nas queixas dos usuários.

Os principais problemas apontados são: Grande número de consultas por demanda espontânea em detrimento de consultas agendadas e direcionadas as condições crônicas; a alta frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) e ausência de estratificação de risco; deficiente execução da agenda programada/cuidado continuado, atendimento aos pacientes centrados na doença e queixa; pouco conhecimento por parte da equipe das condições de saúde e da vida dos pacientes; presença forte de atendimento dos usuários por ordem de chegada; valorização por parte dos gestores pela quantidade de consultas X qualidade da consulta.

1.5 Equipe de Saúde da Família Cidade Nova

A equipe é formada por uma médica, um enfermeiro, seis agentes comunitários, um ACE, uma recepcionista, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma farmacêutica e uma assistente administrativa.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe Cidade Nova

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 h às 16:00 horas. A recepcionista fica na UBS até às 13:00 horas, sendo horário semanal de 20:00 horas, devido a isso, a

tarde é necessário o apoio dos agentes comunitários para essa função, eles se revezam durante a semana na recepção, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo.

Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS's nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro profissional para a função.

1.7 O dia a dia da equipe de saúde da unidade Cidade Nova

A equipe está ocupada em boa parte do tempo com atividades de demanda espontânea, devido ao grande volume e desorganização da agenda. Há atendimentos aos programas preconizados pelo Ministério da saúde: pré-natal, saúde bucal e puericultura. Há também grupo de Tabagismo. Os pacientes crônicos se diluem aos outros.

A médica, além das consultas clínicas, atende a demanda espontânea e programada, realiza encaminhamentos aos serviços de referência e indica internações hospitalares.

A enfermeira realiza funções burocráticas da UBS, faz consultas de demanda espontânea, e os programas também preconizados pelo MS. Os ACS fazem visitas domiciliares mensais às famílias de suas respectivas micro áreas, levantamento de dados e demandas destas famílias, orientações quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e o preenchimento do relatório mensal relacionado ao seu trabalho.

Quanto às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, a equipe desenvolve grupos de educação em saúde nas comunidades e atividades de prevenção no âmbito da saúde bucal nas escolas. As visitas domiciliares por médico e enfermeiro ocorrem de acordo com a demanda apresentada pelos ACS, havendo um dia específico para que não altere o funcionamento da UBS.

O planejamento das ações a serem ofertadas à população são decididos por meio de reuniões mensais de toda a equipe, momento em que todos podem levar suas considerações e sugestões ao melhor funcionamento da rede básica de atenção ao usuário. O cronograma é elaborado pela enfermeira e as responsabilidades diárias são distribuídas entre os profissionais.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O primeiro passo da equipe foi detectar os problemas de saúde encontrados na comunidade para em seguida, trabalhar com os cuidados individualizados. Os problemas dentro de uma comunidade são inúmeros, é fundamental que a equipe de saúde da família (ESF) conheça sua área de abrangência como um todo, dando ênfase aos problemas de saúde, para que se possa realizar um planejamento de melhoria.

Quadro 1 – Problemas de saúde do território e da comunidade (Estimativa rápida)

Descrição	Nº de casos	Fontes	Ações/ Sugestões
Doenças cardiovasculares	214	Registro da Equipe de saúde da unidade	Identificar os fatores de risco, identificar as causas; mudança no estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares, tratamento com fármacos; acompanhamento da evolução das doenças e evitar complicações.
Hipertensão	96	Registro da Equipe de saúde da unidade	Melhorar acompanhamento de riscos e agravos; promover mudanças no estilo de vida e reeducação alimentar; diminuir os valores tensionais.
Diabetes Mellitus tipo 2	102	Registro da Equipe de saúde da unidade	Melhorar acompanhamento de riscos e agravos, mudança no estilo de vida, reeducação alimentar; acompanhamento do tratamento medicamentoso; diminuir os índices glicêmicos; propor atividade física.
Doenças respiratórias	112	Registro da Equipe de Saúde da unidade	Conscientizar ao tratamento adequado para evitar complicações; mudanças no estilo de vida e evitar contato com situações ou objetos que cause as doenças respiratórias.
Tabagismo	175	Registro da Equipe de saúde da unidade	Conscientizar a população alvo quanto aos riscos e campanhas contra o fumo intensificadas na área; verificar doenças causadas pelo tabagismo.
Sedentarismo	364	Registro da Equipe de saúde da unidade	Incentivar a população à prática de atividades físicas diárias. Associar as práticas de atividades físicas à boa alimentação.

Fonte: produzido pela pesquisadora (2019)

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Dos problemas detectados, houve uma priorização das ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso - MG

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de diabetes tipo 2	alta	5	parcial	5
Falta de adesão ao tratamento	Alta	5	Total	2
Alta prevalência de doenças cardiovasculares	Alta	5	Parcial	1
Alta prevalência de hipertensão	Alta	5	Total	4
Alta prevalência de doenças respiratórias	Alta	5	Total	6
Alta prevalência de sedentarismo	Alta	5	Total	3

Fonte: elaborado pela autora (2020)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Temos em nossa unidade de atendimento alta prevalência para doenças cardiovasculares, que é a nossa primeira prioridade. A falta de adesão ao tratamento é nossa segunda prioridade, pois sem o tratamento os pacientes correm alto risco de complicações advindas com as doenças cardiovasculares.

Temos alta prevalência de hipertensos e diabéticos, como também, alta prevalência de doenças respiratórias.

Sobre a falta de adesão ao tratamento, temos total capacidade de enfrentamento, pois podemos fazer campanhas e visitas domiciliares com o intuito de promover adesão ao tratamento.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) são alterações no funcionamento do sistema cardíaco, sendo este responsável por transportar oxigênio e nutrientes necessários às células para essas executarem suas tarefas. Tais doenças são consideradas um grande problema de saúde pública. Por serem a principal causa de morte em todo o mundo, em especial nas populações dos grandes centros urbanos, embora este quadro esteja mudando, nas cidades do interior estas doenças vêm aumentando a sua prevalência silenciosamente.

Dentre as DCV de maior ocorrência podem-se destacar doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças valvares, arritmias, doenças hipertensivas, dentre outras.

Vários são os fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCV, os quais podem ser modificáveis e não modificáveis. Os fatores de riscos modificáveis incluem hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo, má alimentação e uso de contraceptivos; e os não modificáveis que incluem história familiar de DCV, idade, sexo e raça.

Na ESF Cidade Nova, os casos de doenças cardiovasculares cadastrados estão todos ligados aos fatores de risco modificáveis, principalmente tabagismo, sedentarismo e má alimentação e, em alguns casos, obesidade.

O tema que escolhemos para ser abordado é a alta prevalência de pacientes com doenças cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento. Em nossa unidade de atendimentos há uma preocupação muito grande com as doenças cardiovasculares e a baixa adesão ao tratamento dessas doenças. Acreditamos que fatores internos e externos influem nessa adesão.

As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de dentre os 2070 pacientes que frequentam a ESF Cidade Nova, 221 sofrem de doenças cardiovasculares, destes, 188 fazem uso de medicamentos e 127 não aderiram ao tratamento medicamentoso, o que muito nos preocupa, 156 mudaram seus hábitos alimentares, 78 começaram a praticar exercícios físicos.

Diante deste fato tornou-se prioridade elaborar um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes pacientes, já que grande parte acaba evoluindo para complicações e até mesmo óbitos por falta de adesão ao tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares atendidas na ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso – MG

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar os motivos da falta de adesão ao tratamento;
- Verificar os fatores de risco aos quais os pacientes com doenças cardiovasculares estão expostos;
- Propor intervenções para melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes em busca para revisão bibliográfica, cujas bases de dados utilizadas foram: BVS, MEDLINE, SCIELO.

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com: Faria, Campos, Santos (2018).

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Os artigos utilizados foram de estudos já efetuados sobre a temática proposta para embasamento teórico. Os artigos utilizados foram dos últimos cinco anos. Antes de se desenvolver o projeto, vários textos sobre a temática proposta foram lidos e, em seguida foi feita uma análise interpretativa.

Esta análise propiciou um levantamento de dados através dos artigos lidos, que propiciaram uma discussão a cerca da temática proposta.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso. Para a coleta de dados dos pacientes foi usada uma pesquisa observacional dos pacientes atendidos pela equipe de saúde ESF Cidade Nova em Santana do Paraíso em Minas Gerais no período de julho a dezembro de 2019.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) representam causa de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2018 ocorreram 16,7 milhões de óbitos, dos quais 8,4 milhões foram por doença arterial coronária (DAC). Estima-se, para 2025, que esse número possa se elevar a valores entre 35 e 40 milhões. Seu crescimento acelerado nos países em desenvolvimento representa uma das questões de saúde pública mais relevante no momento.

No Brasil, a principal causa de morte ainda é o acidente vascular encefálico (AVE), o que significa que o diagnóstico e o controle da hipertensão arterial não têm sido adequados (BERTOLAMI, 2015).

Casos como o AVE e a DAC têm etiologia conhecida, sendo causados por fatores de risco bem estabelecidos. Estudos demonstram o papel das dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), fumo, idade e diabetes melito (DM) como fatores de risco independentes para o desenvolvimento da aterosclerose e suas complicações (BERTOLAMI, 2015).

Dieta com elevado teor energético, gorduras saturadas e gorduras *trans*, além do tabagismo e da inatividade física, mantêm uma importante relação com as doenças cardiovasculares nas populações e são fatores contribuintes para o desenvolvimento e progresso para as DCV (QUEIROZ, 2016).

5.1.1 Doença Arterial Coronária

Entre as principais manifestações clínicas da doença arterial coronária está a angina pectoris. Esta dor torácica ocorre quando a aterosclerose leva ao estreitamento do lúmen coronariano e produz isquemia. O fluxo sanguíneo, que é adequado em repouso, torna-se inadequado quando as demandas são aumentadas por esforço ou quando o espasmo ou trombose impede o fluxo coronariano em repouso (CUPPARI, 2015).

Além desse quadro comum, denominado por angina clássica por esforço (angina estável), existe outras variações, incluindo a angina instável, angina

variante, angina mista e uma síndrome assintomática conhecida como isquemia silenciosa (CUPPARI, 2015).

O desenvolvimento da aterosclerose está intimamente relacionado à presença de fatores de risco (FR) que se dividem em dois grupos: os não modificáveis, os quais não são suscetíveis à modificação e/ou eliminação; e os modificáveis, que podem ser modificados ou atenuados por alterações no estilo de vida e/ou utilização de medicamentos (CUPPARI, 2015).

Tabela 1 – Influências ambientais e fatores de risco modificáveis e não modificáveis associados ao aumento do risco de eventos coronarianos

Ambiente	Fatores de risco modificáveis	Fatores de risco não modificáveis
Dietas ricas em calorias; gorduras trans e colesterol; tabagismo; consumo excessivo de álcool; inatividade física.	Hipertensão arterial; hipercolesterolemia; LDL-colesterol elevado; HDL-colesterol baixo; obesidade; fatores trombogênicos.	Idade; sexo; história familiar de DAC ou outra doença vascular aterosclerótica com início precoce; história pessoal de DAC ou outra doença vascular aterosclerótica.

Fonte: (CUPPARI, 2015)

A aterosclerose é um processo dinâmico, evolutivo e sistêmico que se desenvolve em artérias musculares médias e grandes e em artérias elásticas. Caracteriza-se pelo acúmulo de material lipídico no espaço intra e extracelular na camada íntima do endotélio, recoberto por capa fibrosa (XAVIER; GAGLIARD, 2010).

A exposição contínua do endotélio vascular aos fatores de risco induz a uma disfunção endotelial permanente, que cursa em todos os estágios evolutivos da placa aterosclerótica e se agrava pela inflamação, aumentando a trombogenicidade (XAVIER; GAGLIARD, 2010).

Um evento coronariano agudo é a primeira manifestação da doença aterosclerótica em pelo menos metade dos indivíduos que apresentam essa complicação. Portanto, a identificação dos indivíduos assintomáticos que estão mais predispostos é fundamental para a prevenção efetiva com a correta definição das metas terapêuticas (XAVIER; GAGLIARD, 2010).

5.1.2 Dimensionamento dos fatores de risco

Tabagismo

O tabagismo é um fator de risco independente para a doença aterosclerótica e o único que pode ser eliminado. São inúmeras evidências que correlacionam hábito de fumar com doença cardiovascular, além de doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasias (RIBEIRO FILHO et al, 2006).

Sedentarismo

O sedentarismo atua de modo amplo como fator de risco para doença coronariana. A modernização, acompanhada pela redução do gasto energético nas atividades cotidianas, favoreceu o progressivo aumento do sedentarismo e, como consequência, da obesidade em todas as faixas etárias, inclusive entre crianças e adolescentes. Os efeitos benéficos da atividade física não se relacionam somente com o controle do peso corpóreo. A prática regular de atividade física tem sido recomendada para a prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares por diferentes associações de saúde em todo o mundo (RIBEIRO FILHO et al, 2006).

Obesidade

A obesidade é um dos importantes fatores que aumentam o risco cardiovascular, apesar da sua relevância estar associada à presença ou não de outros fatores de risco, que são considerados independentes para as doenças cardiovasculares. A prescrição de uma dieta hipocalórica tem sido considerada sempre como parte fundamental do tratamento da obesidade. Para isso é necessário um planejamento alimentar (LESSA, 2008).

Diabete melito

As complicações cardiocirculatórias representam a maior causa de mortalidade e de morbidade entre os indivíduos diabéticos. O diabete é um processo metabólico muito complexo, que envolve um grande número de fatores além da

hiperglicemia. Entre as possibilidades patogênicas deve-se considerar a hiperinsulinemia, resultante da resistência à insulina, os altos níveis de ácidos graxos livres circulantes, que alteram a expressão de vários genes ligados ao metabolismo de lipoproteínas, e a deposição anômala de triglicérides em tecidos extra-adiposos como em músculos, incluindo o cardíaco (LESSA, 2008).

Dislipidemias

Reconhecida como um dos principais fatores de risco modificáveis para a DAC, as dislipidemias contribuem de modo significativo para o desenvolvimento da placa aterosclerótica e têm influência potencial na sua instabilização e expressão clínica (CIPPARI, 2015).

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Com relação à DAC, cerca de 25% das mortes por isquemia coronariana são escalçadas pelo aumento crônico da pressão arterial. Ao contrário do que o senso comum acredita, o aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento biológico normal e prevenir seu aparecimento é o meio mais eficiente para combater as complicações associadas. O principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares e renais por meio de medidas não medicamentosas isoladas ou associadas a fármacos anti-hipertensivos (TEIXEIRA NETO, 2012).

5.1.3 Infarto agudo do miocárdio

A evolução da placa aterosclerótica em placas complicadas e formação de trombos coronarianos é a mais frequente causa de infarto agudo do miocárdio, que é caracterizada pela necrose do músculo cardíaco em resultado de insuficiente perfusão (CUIPPARI, 2015).

O infarto agudo do miocárdio ocorre principalmente em regiões específicas do coração e a extensão do infarto depende do local da estenose coronária, do

tamanho do leito vascular perfundido pelos vasos estreitados, da necessidade de oxigênio pelo músculo, da extensão do desenvolvimento de vasos sanguíneos colaterais e da presença de fatores teciduais capazes de modificar o processo necrótico (CUPPARI, 2015).

5.1.4 Insuficiência cardíaca

A insuficiência cardíaca (IC) constitui um problema clínico de importância considerável, decorrente da gravidade de suas manifestações e da sua prevalência, sendo a terceira causa de internação hospitalar e a primeira por motivo cardiovascular (XAVIER; GAGLIARD, 2015).

A IC é um estado fisiopatológico complexo em que o coração tem sua função de bombeamento sanguíneo insuficiente para a demanda metabólica dos tecidos, ou o faz por conta de elevada pressão de enchimento. Pode ser precipitada por diferentes doenças que causam danos aos tecidos e às células, como hipertensão, doença cardíaca isquêmica ou congênita, miocardite, valvulopatias e cardiomiopatias, além de agentes tóxicos como álcool, quimioterápicos ou por doenças sistêmicas (XAVIER; GAGLIARD, 2015).

Tabela 2 – Classificação funcional da insuficiência cardíaca, segundo New York Heart Association (NYHA)

Classificação	Características
Classe I	Paciente assintomático em suas atividades habituais.
Classe II	Assintomático em repouso. Sintomas são desencadeados pela atividade física habitual.
Classe III	Assintomático em repouso, porém com sintomas em atividade menor que a habitual.
Classe IV	Sintomas (dispneia, fadiga, palpitação) ocorrem nas menores atividades físicas mesmo em repouso.

Fonte: (XAVIER; GAGLIARD, 2015).

A abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar, incluindo modificações no estilo de vida, dieta, fármacos diversos, intervenção cirúrgica e transplante cardíaco.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

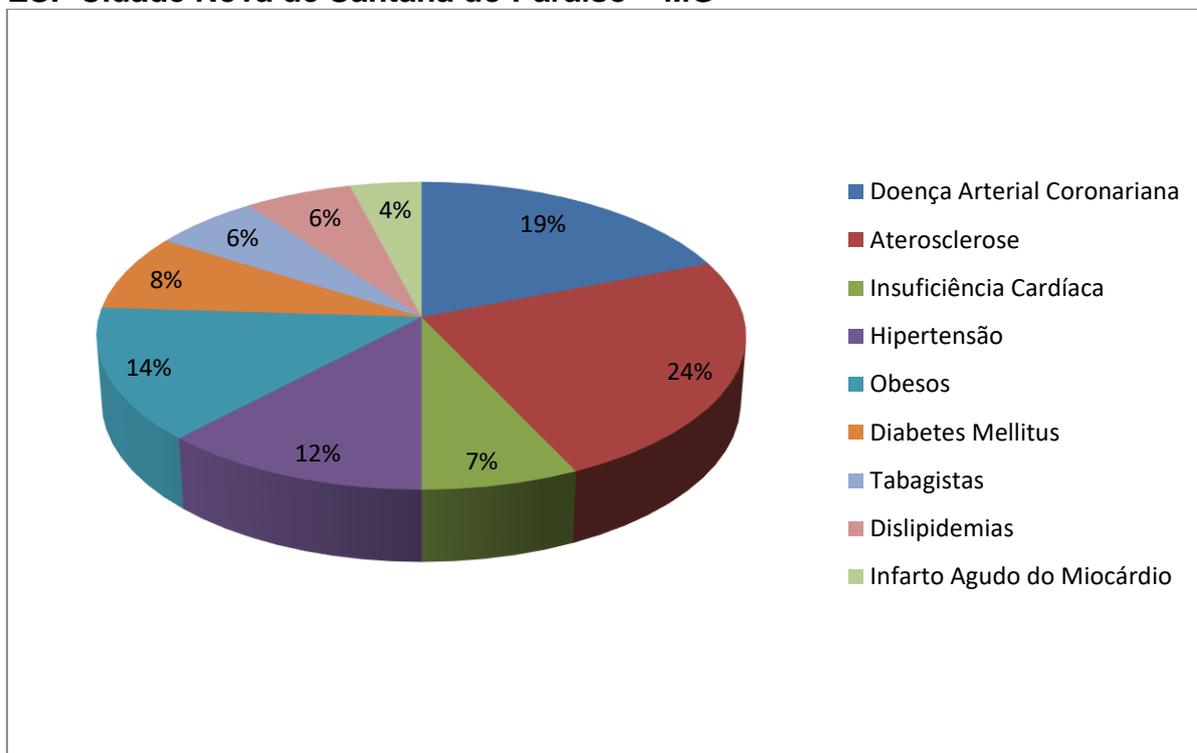
6.1 Descrição dos problemas selecionados (Terceiro passo)

O problema escolhido para este projeto de intervenção foi a alta prevalência de doenças cardiovasculares e baixa adesão ao tratamento da população atendida na ESF Cidade Nova do município de Santana do Paraíso – MG.

Assim, dos pacientes atendidos nesta unidade, que estão com doenças cardiovasculares, apenas 48% aderiram ao tratamento farmacológico e 52% não aderiram ao tratamento; 24% mudaram o estilo de vida, como adesão à prática de exercícios físicos, abandono ao tabagismo e cessação de bebidas alcoólicas e 76% não mudaram o estilo de vida, contribuindo assim, para complicações. Dos pacientes com doenças cardiovasculares apenas 37% aderiram à terapia nutricional e 63% não aderiram a este tipo de tratamento, o que também contribuiu para as complicações.

As doenças cardiovasculares ficaram distribuídas da seguinte forma:

Figura 1 – Doenças cardiovasculares e condições dos pacientes atendidos na ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso – MG



Fonte: ESF Cidade Nova de Santana do Paraíso – MG (2019)

6.2 Explicação do Problema selecionado (Quarto passo)

As doenças cardiovasculares (DCV) são alterações no funcionamento do sistema cardíaco, sendo este responsável por transportar oxigênio e nutrientes necessários às células para essas executarem suas tarefas. Tais doenças são consideradas um grande problema de saúde pública. Por serem a principal causa de morte em todo o mundo, em especial nas populações dos grandes centros urbanos, embora este quadro esteja mudando, nas cidades do interior estas doenças vêm aumentando a sua prevalência silenciosamente.

Dentre as DCV de maior ocorrência podem-se destacar doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças valvares, arritmias, doenças hipertensivas, dentre outras.

Vários são os fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCV, os quais podem ser modificáveis e não modificáveis. Os fatores de riscos modificáveis incluem hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo, má alimentação e uso de contraceptivos; e os não modificáveis que incluem história familiar de DCV, idade, sexo e raça.

Na ESF Cidade Nova, os casos de doenças cardiovasculares cadastrados estão todos ligados aos fatores de risco modificáveis, principalmente tabagismo, sedentarismo e má alimentação e, em alguns casos, obesidade.

6.3 Seleção dos nós críticos (Quinto passo)

Abaixo os “nós-críticos” para o enfrentamento desta doença:

1. Falta de conhecimento da população sobre as complicações das Doenças Cardiovasculares.
2. Dificuldade em mudar os hábitos alimentares e estilos de vida;
3. Falta de adesão ao tratamento.

6.4 Desenho das operações

Para o desenho das operações foi feito, primeiramente, todo um estudo situacional da comunidade atendida na ESF Cidade Nova para em seguida verificar quais eram seus problemas e seus nós críticos.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe da ESF Cidade Nova da cidade de Santana do Paraíso - MG

Nó crítico 1	Falta de conhecimento da população sobre as complicações das Doenças Cardiovasculares.
Operação	Informar aos pacientes sobre o que vem a ser as doenças cardiovasculares e suas complicações; repassar aos pacientes formas de tratamento e importância do tratamento; orientar os pacientes como prevenir as doenças cardiovasculares.
Projeto	Saúde total dos usuários
Resultados esperados	Paciente informado quanto às doenças cardiovasculares e formas de prevenção e tratamentos; adesão ao tratamento das DCV.
Produtos esperados	Campanhas educativas sobre doenças cardiovasculares, formas de prevenção e tratamento; palestras com o intuito de informar sobre as doenças e sobre a importância do tratamento, seja ele farmacológico ou não..
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Estrutural: Espaço para as palestras e reuniões de grupo operativo; Político: Mobilização para as campanhas contra as doenças cardiovasculares; promover palestras nas escolas sobre boa alimentação e atividade física. Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; palestras com especialistas e minicursos.
Recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para trabalhar com a informação; Político: Conseguir espaço para as palestras; Estrutural: conseguir espaço para as palestras e reuniões; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação e da atividade física como prevenção para as doenças cardiovasculares.
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Diretora da escola rural da região (motivação favorável).
Ações estratégicas	Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região.
Prazo	Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médicos\ Enfermeiros\ Técnicos de Enfermagem e Nutricionistas.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Palestras sobre obesidade e os fatores de risco para doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos (todas as microáreas) três meses; Campanhas sobre alimentação saudável (todas as microáreas) três meses; Promoção de eventos com atividades físicas (todas as microáreas) três meses; Campanhas para conscientizar as crianças sobre boa alimentação e quanto aos perigos do tabagismo. Palestras sobre doenças causadas pelo tabagismo (todas as microáreas). Reuniões quinzenalmente para fazer uma análise dos resultados das ações.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2 relacionado ao problema “Alta prevalência de doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da ESF Cidade Nova em Santana do Paraíso - MG

Nó crítico 2	Dificuldade em mudar os hábitos alimentares e estilos de vida.
Operação	Modificar os hábitos alimentares da população através de reeducação alimentar; Mudar o estilo de vida da população, propondo atividade física; construir auditório para palestras e campanhas; promover informações quanto às doenças através de visitas domiciliares; aumento da área de cobertura; construção de hospital na região para atendimentos mais complexos.
Projeto	Saúde total com alimentação saudável.
Resultados esperados	Melhorias para a Saúde; qualidade de vida; adesão á terapia nutricional; reduzir riscos de complicações com a alimentação saudável; redução de peso ou manutenção do peso ideal;: reduzir riscos de doenças cardiovasculares.
Produtos esperados	Melhoria na qualidade de vida da comunidade com palestras, cursos e reuniões com grupos operativos com a intenção de melhorar a adesão ao tratamento nutricional.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Político: Mobilização para as campanhas; aumento do número de agentes de saúde para atender a demanda; usar a escola como agente de informação auxiliar; adesão do gestor para as campanhas de prevenção e adesão ao tratamento. Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos.
Recursos críticos	Cognitivo: Estratégias de comunicação para o público alvo; Estrutural: Conseguir espaço para as palestras; melhorar a estrutura física das UBS para melhor atender a comunidade portadora de DCNT; Político: Adesão do gestor da unidade de saúde e da secretaria de saúde; Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação.
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Diretora da escola rural da região (motivação favorável).
Ações estratégicas	Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região.
Prazo	Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médicos\ Enfermeiros\ Técnicos de Enfermagem.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Palestras sobre obesidade e os fatores de risco para doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos (todas as microáreas) três meses. Campanhas sobre alimentação saudável (todas as microáreas) três meses. Promoção de eventos com atividades físicas (todas as microáreas) três meses. Campanhas para conscientizar as crianças sobre boa alimentação e quanto aos perigos do tabagismo. Palestras sobre doenças causadas pelo tabagismo (todas as microáreas). Avaliação dos espaços usados para as palestras (se estão compatíveis com os trabalhos propostos). Reuniões quinzenalmente e visitas domiciliares semanalmente para verificar mudanças nos hábitos alimentares.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde ESF cidade Nova em Santana do Paraíso - MG

Nó crítico 3	Falta de adesão ao tratamento.
Operação	Incentivar a adesão ao tratamento das doenças cardiovasculares; demonstrar as complicações que podem surgir por falta de adesão ao tratamento; demonstrar as melhorias que podem ocorrer com o tratamento adequado; melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de DCV.
Projeto	Saúde e amor pela vida.
Resultados esperados	Melhorias para a Saúde dos portadores de doenças cardiovasculares; melhoria do atendimento e melhoria da qualidade de vida das pessoas de toda a comunidade que sofrem com essas doenças; prevenir novos casos de doenças cardiovasculares; reduzir riscos de complicações; reduzir número de internações e óbitos por DCV..
Produtos esperados	Palestras sobre a importância do tratamento; reuniões de incentivo á adesão ao tratamento; programas de monitoramento do tratamento e prevenção das DCV; melhorias na qualidade de vida dos usuários.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Político: Mobilização para as campanhas; aumento do número de agentes de saúde para atender a demanda; usar a escola como agente de informação auxiliar; adesão dos gestores da unidade de saúde; Estrutural: Espaço para reuniões e palestras; Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos.
Recursos críticos	Político: Adesão do gestor da unidade de saúde; adesão da equipe de saúde; adesão dos diretores das escolas para programas preventivos; contratação de novos agentes de saúde; Conseguir espaço para as palestras; melhorar a estrutura física das UBS para atender os grupos de portadores de doenças cardiovasculares. Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação, da prevenção de doenças e do tratamento das doenças cardiovasculares.
Controle dos recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Diretora da escola rural da região (motivação favorável).
Ações estratégicas	Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com os educadores e direção das escolas da região.
Prazo	Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Agentes comunitários.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Palestras sobre obesidade, diabetes, hipertensão, complicações macro e microvasculares e os fatores de risco para doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos (todas as microáreas) três meses. Palestras sobre doenças causadas pelo tabagismo (todas as microáreas) três meses; palestras sobre importância do tratamento. /reuniões com a equipe de saúde para observar e analisar os resultados alcançados com as ações de adesão ao tratamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se definam estratégias de prevenção cardiovascular em determinada população é importante que sejam identificados os fatores de risco presentes. De modo geral, as populações ocidentais, que apresentam estilo de vida muito semelhante nas mais diferentes regiões, demonstram os mesmos fatores de risco, com poucas variações, dependendo dos hábitos locais. Assim, estratégias voltadas para diminuição do tabagismo, controle do peso, melhora dos hábitos alimentares, prática regular de atividade física e moderação do consumo de sal são válidas para todas as partes do mundo.

A comunidade atendida na unidade de Santana do Paraíso – MG, tem sido caracterizada por indivíduos com sobrepeso e obesidade, assim como sedentários e muitos fazem uso de tabaco e bebidas alcoólicas. Temos hábitos alimentares inadequados e baixa adesão ao tratamento, o que torna a terapia medicamentosa e alimentar difícil de ser seguida.

Assim, a partir da implementação deste projeto espera-se alcançar medidas de prevenção para as doenças cardiovasculares, bem como, ampliar a adesão ao tratamento daqueles que já se encontram doentes e, desse modo, melhorar a qualidade de vida da comunidade.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de Hipertensão**: entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos, 2012.

BERTOLAMI, M. C.; FALUD, A. A. **A dislipidemias**. São Paulo: Ed. Atha, 2015

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Manole, 2015.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A.. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 2008. 284p

MARTINS, H, S. **Emergências Clínicas**: Uma Abordagem Prática. 2012.

QUEIROZ, E. R. **Síndrome metabólica**: o mal da vida moderna. Mostra da Pontífica Universidade Católica de Goiás, 2016.

RIBEIRO FILHO, F. F. et al. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 230-238, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000200009>

TEIXEIRA NETO, F. T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012

XAVIER, H. T.; GAGLIARDI, A. R. T. **Cardiometabolismo**: uma visão prática da síndrome metabólica. São Paulo: BBS Editora, 2015.