

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDA OLIVEIRA LOPES

**PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES COM A
REDUÇÃO DO NÍVEL DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO
ESF SANTO ANTÔNIO.**

Montes Claros - Minas Gerais
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDA OLIVEIRA LOPES

**PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES COM A
REDUÇÃO DO NÍVEL DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO
ESF SANTO ANTÔNIO.**

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

Tutora: Prof^a MS. Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

Montes Claros - Minas Gerais
2014

FERNANDA OLIVEIRA LOPES

**PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES COM A
REDUÇÃO DO NÍVEL DE RISCO CARDIOVASCULAR DOS
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO
ESF SANTO ANTÔNIO.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2: Prof. Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em Uberaba, em 24 de fevereiro de 2015.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2006). O presente trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção com a finalidade de reduzir o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos e diabéticos na área de abrangência do ESF Santo Antônio. O projeto iniciou-se da inquietação da prática diária, em atender pacientes com limitações de suas atividades após sofrer eventos cardiovasculares. Notou-se a necessidade de priorizar esse problema e propor ações para modificá-lo. Assim, a equipe buscou o enfrentamento do problema utilizando o Planejamento Estratégico Situacional para confecção do plano de ação, discriminando para cada nó crítico uma operação com seus produtos, recursos necessários, ações estratégicas e prazos. Foi realizada uma busca sistematizada na literatura utilizando os sites de busca Scielo, Plataforma Ágora e periódicos CAPES, utilizando os descritores: saúde do adulto e doenças cardiovasculares. Como resultado da implantação dessa proposta, espera-se a melhoria da qualidade de vida da população adscrita, com redução da prevalência de tabagismo e sobrepeso/obesidade, a população consciente dos fatores de risco cardiovascular, 75% dos hipertensos e diabéticos da área adscrita estratificados pelo escore de Framingham, sendo acompanhados por equipe multidisciplinar. A atenção básica é o local ideal para práticas de prevenção primária e secundária. Para o sucesso dessas ações devemos utilizar protocolos, realizar a estratificação de risco dos usuários, estimular o autocuidado e propor ao paciente corresponsabilidade pelo seu tratamento. A equipe do ESF Santo Antônio encontra-se empenhada para modificar o panorama atual da saúde dos clientes adscritos por meio da implantação da proposta de intervenção elaborada.

Palavras-chave: Saúde do adulto. Doenças cardiovasculares. Atenção primária.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases account for 29.4% of all deaths recorded in the country in a year. This means that more than 308,000 people died mainly of heart attack and stroke (CVA) (BRAZIL, 2006). To propose an action plan in order to reduce cardiovascular risk in hypertensive and diabetic patients in the coverage area of the FHS St. Anthony. The project began the restlessness of daily practice in care for patients with limited their activities after suffering cardiovascular events. It was noted the need to prioritize this issue and propose actions to modify it. Thus, the team sought to address the problem by making the action plan, detailing for each critical node an operation with their products, resources needed, strategic actions and deadlines. A systematic literature search was conducted using the SciELO search engines, Agora Platform and periodicals CAPES, using the keywords: adult health and cardiovascular disease. As a result of implementation of this proposal, it is expected to improve the quality of life of the enrolled population , reducing the prevalence of smoking and overweight / obesity , the population aware of cardiovascular risk factors , 75% of the hypertensive and diabetic delimited area stratified by the Framingham score , being accompanied by a multidisciplinary team. Primary care is the ideal place for primary and secondary prevention practices. For the success of these actions we should use protocols , perform risk stratification of users, stimulate self-care and propose to the patient responsibility for their treatment. The FHS St. Anthony team is committed to change the current situation of the health of ascribed customers through the implementation of the elaborate intervention proposal.

Key words: Adult health. Cardiovascular disease. Primary care.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 07 |
| JUSTIFICATIVA | 11 |
| OBJETIVOS | 12 |
| METODOLOGIA | 13 |
| REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 14 |
| PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 15 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 20 |
| REFERÊNCIAS | 21 |

1. INTRODUÇÃO

1.1. Descrição do município

O município de São Romão encontra-se a 658 km da capital do estado – Belo Horizonte, à 187 km da cidade de Montes Claros que é sede da Macro região, à 81,4 km de Brasília de Minas sede de micro região.



São Romão foi fundado em 1668, com nome de Santo Antônio da Manda, tendo como primeiros habitantes os índios caiapós que viviam numa ilha que divide o Rio São Francisco à altura do que mais tarde seria o arraial, fundado às margens esquerdas do rio (Secretária Municipal de Saúde, 2013).

Em 1831, o arraial passa a condição de vila, com o nome de Vila Risonha de Santo Antônio de Manga de São Romão, em homenagem ao Santo do dia de sua fundação. Elevado à condição de Município em 1924, pela lei Estadual n 843 de 7 de setembro de 1923, com nome de São Romão (Secretária Municipal de Saúde, 2013).

O Município apresenta uma área total de 2.440 km², onde residem 10.266 habitantes, sendo 6457 na área urbana e 3809 na área rural (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,64 e mais da metade da população vive abaixo da linha da pobreza (61,86%). A principal atividade econômica da cidade é a agropecuária (IBGE, 2014).

O Sistema local de saúde conta com 4 unidades de ESF – Traçadal, Renascer, Passagem Funda e Santo Antônio. Além das ESF, dispõem do Laboratório Municipal, do Hospital Municipal - Fundação Assistencial Manuel Simões Caxito, da Unidade de Fisioterapia e da Diretoria de ESF / Coordenação da atenção básica.

A Secretaria Municipal de Saúde está habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica e seus recursos financeiros são movimentados pelo Fundo Municipal de Saúde (Secretária Municipal de Saúde, 2013).

Os profissionais de nível superior que compõem a equipe assistencial são:

- Farmacêutico - 01
- Fisioterapeuta – 02
- Biomédico – 01
- Enfermeiro – 08

- Dentistas – 02
- Médicos – 05, sendo 4 pelo PROVAB e 1 pelo Mais médicos
- Psicólogo - 01

1.2. Recursos da comunidade

Na cidade existem quatro escolas, sendo uma estadual com ensino de 6º ano ao 2º grau que fica dentro da área de abrangência do ESF Santo Antônio e outras três escolas municipais. Sendo que a taxa de Escolarização é de 77% e o Índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB) em 2011 foi de 5,3 (IBGE, 2014).

Há duas igrejas católicas e cinco igrejas evangélicas em São Romão, sendo que uma das igrejas católicas e duas evangélicas se encontram no território do ESF.

O município não conta com central de tratamento de esgoto e 72% da população tem acesso ao abastecimento de água tratada (IBGE, 2014).

A totalidade da população é usuária da assistência à saúde no SUS, sendo que 91 famílias possuem planos de saúde complementar (Secretária Municipal de Saúde, 2013).

1.3. Unidade básica de saúde

O local onde o presente trabalho foi desenvolvido é a área de abrangência do ESF Santo Antônio. Ele é composto por 6 microáreas, totalizando 585 famílias com 2400 habitantes aproximadamente. Abriga uma população de baixa renda e pouca qualificação profissional, sendo a prefeitura e a empresa de agronegócios - Delcio Bruxel os principais empregadores.

A ESF está localizada na Praça da Alegria, sem número, bairro Santo Antônio, sendo de fácil acesso aos usuários. Com horário de funcionamento: segunda-feira à sexta-feira, das 7 às 11hs e 13 às 17hs.

Conta com quadro de profissionais listado abaixo:

| Número | Profissional | Carga Horária |
|--------|----------------------------------|-----------------------|
| 1 | Médico | 32h/semanais (PROVAB) |
| 1 | Enfermeiro | 40h/semanais |
| 1 | Técnico de Enfermagem | 40h/semanais |
| 6 | Agentes Comunitários de Saúde | 40h/semanais |
| 1 | Cirurgião-dentista | 40h/semanais |
| 1 | Auxiliar de Consultório Dentário | 40h/semanais |

Quadro 1 Relação dos profissionais da ESF Santo Antônio

A ESF dispõe de uma estrutura física composta dos ambientes descritos na tabela abaixo:

| Ambiente | Quantidade |
|----------|------------|
|----------|------------|

| | |
|--|----|
| Consultório médico | 01 |
| Consultório de enfermagem | 01 |
| Consultório odontológico | 01 |
| Sanitário para usuário | 02 |
| Sanitário para profissional de saúde | 02 |
| Expurgo | 01 |
| Sala de esterilização | 01 |
| Farmácia | 01 |
| DML (depósito de material de limpeza) | 01 |
| Sala de procedimentos | 01 |
| Recepção/ (SAME) | 01 |
| Sala de espera | 01 |
| Sala de vacinação | 01 |
| Sanitário adaptado para portadores de necessidades especiais | 01 |
| Sala de acolhimento | 01 |
| Almoxarifado | 01 |
| Copa | 01 |
| Sala de reunião | 01 |
| Sala de observação | 01 |

Quadro 2 Ambientes da ESF Santo Antônio

Foto com alguns ambientes da ESF Santo Antônio:



1.4. Diagnóstico situacional

Em reunião com a equipe de profissionais da ESF Santo Antônio foi levantada uma lista de problemas através de estimativa rápida participativa com os seguintes problemas: sedentarismo, alimentação inadequada com alto índice de sobrepeso e obesidade, priorização da demanda espontânea no atendimento da unidade, dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, alta incidência de eventos cardiovasculares e grande número de idosos frágeis.

Utilizando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento priorizou-se o problema “alta incidência de eventos cardiovasculares”.

Na área de abrangência do ESF ocorreram seis eventos cardiovasculares nos últimos quatro meses. Sendo três casos de acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) com um óbito, um caso de ataque isquêmico transitório (AIT), um caso de infarto agudo do miocárdio (IAM) e um caso de angina instável com revascularização. Além disso, outros 15 casos de pessoas que sofreram AVE e que possuem sequelas são acompanhadas atualmente pela equipe.

Diante desse problema se faz necessária a prevenção de eventos cardiovasculares com a redução do nível de risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos. Na área de abrangência do ESF são acompanhados 343 hipertensos e 74 diabéticos por meio de consultas na demanda programada e grupos operativos realizados mensalmente.

Seleção dos nós críticos:

- Hábitos e estilo de vida da população que incluem tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal e gordura.
- Baixo nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade).
- Dificuldade de acesso à exames laboratoriais (não é realizado no laboratório do município colesterol, triglicérides, glicemia de jejum, hemoglobina glicada);
- Processo de trabalho da equipe de saúde – ausência de plano de cuidados específico de acordo com classificação de risco (alto, médio e baixo).
- Falta de recursos humanos, como educador físico e nutricionista, para abordagem multidisciplinar.

2. JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2006).

Na ESF Santo Antônio, os pacientes não são triados quanto ao risco cardiovascular, e não tem acesso aos exames necessários para essa triagem pela rede pública de saúde. Assim, o atendimento aos pacientes não é guiado pelo risco individual e sim de forma uniformizada para todos pacientes, dificultando priorização e desenvolvimento de ações para redução do risco cardiovascular. Outro ponto importante, é que para o encaminhamento aos especialistas no Centro Hiperdia localizado na sede de microrregião, Brasília de Minas, o critério utilizado é justamente o risco cardiovascular, lá são atendidos apenas pacientes de alto risco, como os pacientes do território não são triados quanto ao risco, nenhum tem acesso ao atendimento especializado.

Essas questões contribuem para a ocorrência aumentada de eventos cardiovasculares no território, o que impacta negativamente na qualidade de vida dos usuários.

Dessa forma, os eventos cardiovasculares apresentam elevada relevância clínica para o médico generalista e toda equipe do programa ESF. Além disso, implica em grande impacto na morbimortalidade da população. No mais, faltam protocolos para guiar as ações direcionadas para triagem do risco cardiovascular e cuidados com os pacientes de alto risco cardiovascular na atenção primária. Em vista disso, justifica-se a realização de um plano de intervenção que modifique essa realidade.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

Propor um plano de intervenção com a finalidade de reduzir o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos e diabéticos.

3.2. Específicos

- Definir o risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos pelo escore de Framingham.
- Modificar os hábitos e estilo de vida da população (cessação do tabagismo, estímulo à realização de atividade física e à alimentação saudável).
- Aumentar o nível de informação dos usuários em relação à importância dessa enfermidade.
- Subsidiar o pedido, à secretaria de saúde, de disponibilização de exames laboratoriais.
- Aperfeiçoar o processo de trabalho da equipe de saúde (realização de grupos operativos e transmissão de informações aos pacientes).
- Agregar à equipe os profissionais educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar.

4. METODOLOGIA

O projeto iniciou-se da inquietação da prática diária, em atender pacientes com limitações de suas atividades após sofrer eventos cardiovasculares. Em reunião com a equipe do ESF Santo Antônio foi realizado um levantamento dos pacientes acompanhados por esse motivo, como descrito na introdução, e notou-se a necessidade de priorizar esse problema e propor ações para modificar o panorama atual. Assim, a equipe buscou o enfrentamento do problema utilizando o Planejamento Estratégico Situacional para confecção do plano de ação, discriminando para cada nó crítico uma operação com seus produtos, recursos necessários, ações estratégicas e prazos, conforme descrito no item 6. Proposta de Intervenção.

Para o sucesso do projeto será necessária articulação com a secretária de saúde e com outros setores como a secretária de assistência social e de educação, o que foi considerado como recurso crítico para resolução da maioria dos nós críticos do problema. Outro ponto importante é o envolvimento da equipe de saúde – agentes comunitários, enfermeira, médica, técnica de enfermagem e odontologista, como atores do projeto e responsáveis pela execução dos produtos.

Para desenvolver um plano de ação e propor intervenções para reduzir o risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos adscritos no território da estratégia de saúde da família Santo Antônio foi realizada uma busca sistematizada na literatura utilizando os sites de busca Scielo (www.scielo.com), site da Plataforma Ágora e periódicos CAPES (www.periodicos.capes.gov.br), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde: saúde do adulto e doenças cardiovasculares.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A prevenção com base no conceito de risco cardiovascular global significa que os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados, não de maneira independente pelos riscos da elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol, mas pelo resultado da soma dos riscos imposta pela presença de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global de cada indivíduo. Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2006).

Os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: aqueles não suscetíveis à modificação e/ou eliminação, ditos não modificáveis e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos. No grupo dos fatores de risco não modificáveis temos a hereditariedade, idade, raça e sexo. Dentre os modificáveis temos a HAS, tabagismo, dislipidemias, DM, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais hormonais e estresse (SIMÃO, 2002).

Uma fórmula de previsão na população em geral da probabilidade de doença coronariana é calculada baseada nos resultados do *Framingham Heart Study*. De acordo com faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, é possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos (LOTUFO, 2008).

Avaliação de vários fatores de risco ao mesmo tempo permite identificar pacientes com alto risco, motivar pacientes para aderir à terapêutica e modular os esforços de redução de risco (LOTUFO, 2008).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O problema priorizado pela equipe foi: Alta incidência de eventos cardiovasculares. Para enfrentamento desse problema foram discriminados 5 nós críticos: hábitos e estilo de vida da população que incluem tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal e gordura; baixo nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade); dificuldade de acesso à exames laboratoriais (não é realizado no laboratório do município colesterol, triglicérides, glicemia de jejum, hemoglobina glicada); processo de trabalho da equipe de saúde – ausência de plano de cuidados específico de acordo com classificação de risco (alto, médio e baixo); falta de recursos humanos, como educador físico e nutricionista, para abordagem multidisciplinar. As ações relativas a cada nó crítico estão detalhadas nos quadros 3 a 7 abaixo.

“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: Alta incidência de eventos cardiovasculares, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, em São Romão, Minas Gerais.

| | |
|---|--|
| Nó crítico 1 | Hábitos e estilo de vida da população |
| Operação | Estimular hábitos saudáveis |
| Projeto | Vida saudável |
| Resultados esperados | Redução da prevalência de tabagismo e sobrepeso/obesidade na população adscrita. |
| Produtos esperados | Programa de prevenção e controle de tabagismo; Implantação de ambientes livres de tabaco; Caminhada da saúde; Incentivo à adesão ao Projeto “academia ao ar livre”. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Agentes comunitários de saúde, médica, técnica de enfermagem. |
| Recursos necessários | Estrutural: sala de reunião, data show, balança, fita métrica. Cognitivo: conhecimento sobre dependência e abordagem cognitivo-comportamental do fumante, conhecimento sobre obesidade e alimentação saudável. Financeiro: adquirir panfletos educativos. Político: articulação com assistência social e secretaria de esporte e lazer. |
| Recursos críticos | Financeiro e Político |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretário de saúde; Motivação: favorável. |

| | |
|---|---|
| | Ator que controla: Secretário de Assistência Social e Esporte/Lazer; Motivação: indiferente. |
| Ação estratégica de motivação | Apresentar projeto |
| Responsáveis: | Médica e técnica de enfermagem. |
| Cronograma / Prazo | Dois meses para apresentação do projeto; Três meses para início das atividades; |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo. |

“Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: Alta incidência de eventos cardiovasculares, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, em São Romão, Minas Gerais.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 2 | Nível de informação. |
| Operação | Aumentar o nível de informação dos usuários em relação à importância dessa enfermidade. |
| Projeto | Mais conhecimento |
| Resultados esperados | População consciente dos fatores de risco cardiovascular. |
| Produtos esperados | Grupos operativos. Campanha educativa vinculada em carro de som. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Enfermeira e a técnica de enfermagem. |
| Recursos necessários | Estrutural: sala de reunião e data show. Cognitivo: conhecimento sobre fatores de risco cardiovascular e estratégias de comunicação. Financeiro: folhetos, banner explicativo, carro de som. Político: articulação com assistência social. |
| Recursos críticos | Financeiro. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretário de saúde. Motivação: favorável. |
| Ação estratégica de motivação | Apresentar projeto. |
| Responsáveis: | Enfermeira. |

| | |
|---|---|
| Cronograma / Prazo | 1 mês para apresentar projeto; 1 mês para do grupo; 3 meses para iniciar campanha educativa. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo. |

“Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema: Alta incidência de eventos cardiovasculares, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, em São Romão, Minas Gerais.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 3 | Acesso à exames laborarias. |
| Operação | Disponibilizar os exames laboratoriais necessários para estratificação do risco cardiovascular. |
| Projeto | Mais acesso |
| Resultados esperados | 75% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita realizem exames anuais de colesterol total e HDL, glicemia de jejum (hipertensos), Hemoglobina glicada (diabéticos) e sejam estratificados pelo escore de Framingham. |
| Produtos esperados | Elaboração de solicitação para contratação de exames laboratoriais pela secretaria de saúde; Desenvolvimento de protocolo de triagem de risco. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Médica e enfermeira. |
| Recursos necessários | Cognitivo: conhecimento sobre escore de Framingham com criação do protocolo de triagem e elaboração de proposta à secretaria de saúde; Político: articulação com secretaria de saúde. |
| Recursos críticos | Político. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretário de saúde. Motivação: indiferente. |
| Ação estratégica de motivação | Apresentar projeto. |
| Responsáveis: | Coordenadora da atenção básica. |
| Cronograma / Prazo | 4 meses para contratação dos exames; 4 meses para iniciar triagem; 8 meses para todos triados. |
| Gestão, acompanhamento | Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o |

| | |
|--------------------|--|
| e avaliação | seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo. |
|--------------------|--|

“Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema: Alta incidência de eventos cardiovasculares, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, em São Romão, Minas Gerais.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 4 | Processo de trabalho da equipe de saúde |
| Operação | Instituir plano de cuidados individualizado de acordo com o risco cardiovascular (baixo, médio e alto). |
| Projeto | Linha de cuidados |
| Resultados esperados | Acompanhamento de, no mínimo, 75% dos pacientes hipertensos e diabéticos com alto risco cardiovascular. |
| Produtos esperados | Capacitação da equipe - palestras e oficinas operativas; Criação e implantação de um protocolo do plano de cuidados. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Médica e enfermeira. |
| Recursos necessários | Estrutural: sala de reunião e data show. Cognitivo: conhecimento sobre protocolos de atendimento e planos de cuidados para pacientes crônicos. |
| Recursos críticos | Cognitivo. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Coordenadora da atenção básica. Motivação: favorável. |
| Ação estratégica de motivação | Apresentar projeto. |
| Responsáveis: | Enfermeira |
| Cronograma / Prazo | 4 meses para capacitação. 4 meses para confecção do protocolo. 8 meses para cada paciente ter seu plano individualizado. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo. |

“Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema: Alta incidência de eventos cardiovasculares, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, em São Romão, Minas Gerais.

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| Nó crítico 5 | Estrutura dos serviços de saúde. |
|---------------------|----------------------------------|

| | |
|---|--|
| Operação | Oferecer aos pacientes com alto risco cardiovascular abordagem multidisciplinar. |
| Projeto | Multidisciplinar |
| Resultados esperados | Pacientes de alto risco sejam acompanhados por nutricionista, educador físico. |
| Produtos esperados | Agregar à equipe os profissionais educador físico e nutricionista através da sensibilização da secretaria de saúde para contratação de nutricionista e educador físico. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Médica |
| Recursos necessários | Estrutural: organização de fluxos na rede de saúde. Político: articulação com secretaria de educação para disponibilização do educador físico; articulação com secretaria de saúde para contratação de nutricionista. |
| Recursos críticos | Político. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretário de saúde. Motivação: favorável. |
| Ação estratégica de motivação | Apresentar projeto. |
| Responsáveis: | Enfermeira |
| Cronograma / Prazo | 3 meses para apresentação do projeto; 3 meses para início do atendimento pelo educador físico; 6 meses para início do atendimento pelo nutricionista; |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Avaliar após 6 meses de início do projeto a situação atual de cada produto com o seu responsável, determinando uma justificativa em caso de atraso ou não cumprimento das ações e determinação de novo prazo. |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do plano de ação é etapa fundamental no processo de planejamento e demanda algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso (CAMPOS, 2010).

A atenção básica é o local ideal para práticas de prevenção primária e secundária. Para o sucesso dessas ações devemos utilizar protocolos, realizar a estratificação de risco dos usuários, estimular o autocuidado e propor ao paciente corresponsabilidade pelo seu tratamento.

É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho (CAMPOS, 2010).

A equipe do ESF Santo Antônio encontra-se empenhada para modificar o panorama atual da saúde dos clientes adscritos por meio da implantação da proposta de intervenção elaborada.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: MS, 2006.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p

[CECILIO, L.](#) **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental**. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). [Agir em saúde: um desafio para o público](#). São Paulo: HUCITEC, 1997. p.151-167

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=_PT&codmun=316420&search=minas-gerais|sao-romao> Acesso em: 20 mai. 2014.

LOTUFO, P. A. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares**. Rev. Med, São Paulo. 2008 out.-dez.;87(4):232-7.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. São Romão 2013.

SIMÃO, M. *et al.* **Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.4, n.2, p. 27 – 35, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> Acesso em 14/06/14.

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 20 mai. 2014.