

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Pedro Igor Daldegan de Oliveira

**ESTUDO SOBRE O ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE AMARELA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILAS REUNIDAS EM
SABARÁ - MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - Minas Gerais

2021

Pedro Igor Daldegan de Oliveira

**ESTUDO SOBRE O ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE AMARELA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILAS REUNIDAS EM
SABARÁ - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
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.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire
Miranda Cadete

Belo Horizonte - Minas Gerais

2021

Pedro Igor Daldegan de Oliveira

**ESTUDO SOBRE O ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NO TERRITÓRIO DA
EQUIPE AMARELA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILAS REUNIDAS EM
SABARÁ - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (orientadora), UFMG

Profa Dra Selme Silqueira de Matos-UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de Maio de 2021.

RESUMO

As doenças cardiovasculares geralmente são a maior causa de morte em todas as regiões do Brasil e mesmo em outros países. A alta prevalência dessas doenças está relacionada com hábitos de vida não saudáveis como alimentação rica em sal e lipídeos, sedentarismo, estresse crônico, entre outros. No município de Sabará, situado no estado de Minas Gerais, essa realidade é comum, portanto, é importante refletir sobre os fatores associados às doenças cardiovasculares e buscar melhorias desses fatores, tanto em relação aos dependentes da própria pessoa como os fatores de risco quanto aos dependentes de profissionais. Portanto, objetiva-se elaborar um plano de ação para reduzir as complicações das doenças que remetem ao alto risco cardiovascular entre usuários adscritos à equipe Amarela, da Unidade Básica Vilas Reunidas no município de Sabará em Minas Gerais. Na construção deste trabalho foram utilizados o método de Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão bibliográfica sobre o tema na base de dados da SciELO e Cadernos do Ministério da Saúde e Diretrizes Brasileiros de Hipertensão. Os principais “nós críticos” do problema incluem: desabastecimento de medicamentos essenciais, falta de exames diagnósticos, falta de profissionais especializados e baixa adesão aos tratamentos preconizados. Espera-se que a implantação desta proposta resulte na melhoria dos vários fatores associados às doenças cardiovasculares, de forma a prevenir eventos fatais ou não fatais e consequentemente melhorar a qualidade de vida da população.

Palavras chave: Doenças Cardiovasculares. Atenção Básica à Saúde; Fatores de Risco. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are generally the biggest cause of death in all regions of Brazil and even in other countries. The high prevalence of these diseases is related to unhealthy lifestyle habits such as a diet rich in salt and lipids, physical inactivity, chronic stress, among others. In the municipality of Sabará, located in the state of Minas Gerais, this reality is common, therefore, it is important to reflect on the factors associated with cardiovascular diseases and seek improvements in these factors, both in relation to the person's dependents as well as the risk factors as to those dependents on professionals. Therefore, the objective is to develop an action plan to reduce the complications of diseases that lead to high cardiovascular risk among users registered in the Yellow team, from the Basic Unit Vilas Reunidas in the municipality of Sabará in Minas Gerais. In the construction of this work, the Situational Strategic Planning method was used and a bibliographic review on the topic was made in the SciELO database and in the Brazilian Ministry of Health Notebooks and Brazilian Hypertension Guidelines. The main “critical knots” of the problem include: shortage of essential drugs , lack of diagnostic tests, lack of specialized professionals and low adherence to the recommended treatments. It is expected that the implementation of this proposal will result in the improvement of the various factors associated with cardiovascular diseases, in order to prevent fatal or non-fatal events and, consequently, improve the quality of life of the population.

Keywords: Cardiovascular diseases. Primary Health Care; Risk factors. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde amarela, Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas, município de Sabará.	13
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais	25
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais	27
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais	29
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMAE	Centro Municipal de Atenção Especializada
DASH	<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
CEMAE	Centro Municipal de Atenção Especializada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice De Desenvolvimento Humano Municipal
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Aspectos gerais do município	09
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 Aspectos da comunidade	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Amarela, da Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas	11
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Amarela	12
1.7 O dia a dia da equipe Amarela	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	12
1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Fatores de risco cardiovascular	18
5.1.1 Tabagismo	18
5.1.2 Alimentação	19
5.1.3 Sedentarismo	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado	24
6.2 Explicação do problema	24
6.3 Seleção dos nós críticos	24
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Sabará é um município de 137.125 habitantes de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020, e localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. A área da unidade territorial do município é de 302,453 km² e sua densidade demográfica é de 417,87 hab/km² (IBGE, 2020).

Por estar em partes conurbadas com a grande capital, a cidade de Sabará serve de morada para trabalhadores da capital e apresenta um crescimento desordenado, principalmente nas áreas de encostas. Apesar de boa parte de a população trabalhar na capital mineira, a cidade de Sabará conta com atividades de mineração e algumas indústrias. Em 2017, o produto interno bruto (PIB) *per capita* do município era de R\$18.562,94 e em 2010 o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) correspondia a 0,731, sendo, neste ano, a taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos de idade de 97.3 % (IBGE, 2020).

Na questão política, a cidade é dominada há muitos anos por apenas duas famílias e ainda prevalece um sistema semelhante ao antigo coronelismo, de forma que os atores políticos se usam da máquina pública para “favores” e compra de votos. Dois aspectos interessantes da cidade é que a mesma participou do início do ciclo do Ouro, apesar de que rapidamente deixou de participar do mesmo por não contar com grandes reservas como outras cidades, e também o fato de ser a cidade de referência em relação à fruta jabuticaba, havendo festival municipal dedicado a essa fruta, festividade que tem crescido a cada ano e gerado renda para a população que trabalha com a fruta ou atende os turistas de outras formas.

A área da saúde ainda é bastante precária no município. Um dos fatores que explica a precariedade é a proximidade com capital, fazendo que os políticos não se importassem com investimentos dentro do município e ficassem “empurrando” demandas para a capital. Esse fator ainda é muito presente. A maioria dos pacientes que procura serviço de urgência o faz na capital do que em Sabará e todos os partos são realizados na cidade vizinha, mostrando um alto grau de dependência. Em 2017, a taxa de mortalidade infantil média no município foi de 15.72 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde

Atenção Primária à Saúde: os pontos de atenção primária à saúde (APS) são em número até razoável, mas há falta de profissionais e as equipes estão sobrecarregadas. De acordo com o DATASUS (2020), o município de Sabará conta com 35 equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família que estão divididas em 20 unidades. Em média, as equipes tem mais de 5 mil cadastrados, número muito acima do preconizado como ideal de trabalho de uma equipe básica de saúde.

- Pontos de Atenção à Saúde Secundários – cidade muito dependente do município vizinho e boa parte da atenção secundária própria não tem qualidade. As consultas de especialidade dentro do município de Sabará são ofertadas no Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE) e algumas de cirurgia geral no Hospital Cristiano Machado que fica no distrito de Roças Grandes. Entretanto, boa parte das cirurgias é ofertada através de convênio com a cidade de Lagoa Santa e outras consultas ambulatoriais com a cidade de Belo Horizonte, nessa última com opções da Santa Casa ou no Centro de Especialidades Sagrada Família.

Pontos de Atenção à Saúde Terciários - cidade conta com dois hospitais, sendo eles a Santa Casa de Sabará e o Hospital Cristiano Machado, que realizam serviços mais simples. Serviços mais complexos são encaminhados para hospitais de Belo Horizonte como a Santa Casa e o Hospital Metropolitano. O município não conta com maternidade, estando totalmente dependente nesse quesito da maternidade Hilda Brandão em Belo Horizonte.

Sistemas de Apoio: diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, informação em saúde. Há alguns serviços mais simples, mas há dependência do município vizinho para os mais complexos.

Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O transporte de pacientes aparentemente funciona de forma adequada, há regulação para entrada dos pacientes pela atenção primária, há prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) mas não há nos serviços secundários.

1.3 Aspectos da comunidade

A equipe amarela ocupa uma área de morro que vai desde o meio do mesmo até o cume. As ruas da parte baixa são basicamente bem organizadas e contam com saneamento básico. Já as ruas mais ao alto são de acesso bem difícil e às vezes não contam com saneamento básico ou asfaltamento, muito menos com transporte público próximo. Mesmo para os moradores jovens e saudáveis, o acesso é difícil.

A coleta de lixo é realizada apenas nas partes baixas, já que nos cumes há acesso, mas o mesmo é dificultado pela alta inclinação. Diante disso, principalmente nas regiões mais altas, é comum o costume da queima do lixo, algo que incomoda boa parte dos moradores e traz impactos na saúde respiratória principalmente de pessoas com asma ou bronquite crônicas.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas

A UBS Vilas Reunidas abriga quatro equipes de saúde da família (eSF) e se localiza em uma área central do bairro, próximo de vários comércios. O acesso da população é relativamente fácil, havendo inclusive ônibus na porta. O grande dificultador é que o bairro é uma área de morro com declives e aclives acentuados. A unidade foi inaugurada há cerca de 20 anos atrás. A unidade é relativamente grande, mas não comporta as quatro equipes que abriga, havendo carência de salas. A recepção também não comporta o número de pessoas que recebe e boa parte espera do lado de fora e de pé. Provavelmente a unidade comportava a demanda e a equipe na época de sua inauguração, mas houve um crescimento muito grande do bairro nos últimos anos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Amarela, da Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas

A eSF amarela, assim como ocorre da mesma forma com as outras da unidade, está bastante defasada. A equipe conta com um médico, um enfermeiro e um agente comunitário de saúde (ACS). Só há um ACS por equipe sendo que as equipes têm mais de cinco mil cadastrados. Na unidade há técnicos de enfermagem, mas

nenhum que seja de referência para qualquer equipe. Não há equipe de saúde bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Amarela

A unidade funciona de 7 horas da manhã às 17 horas da tarde de segunda a sexta feira.

1.7 O dia a dia da equipe Amarela

O dia a dia da equipe é bem simples e bem marcado. O acolhimento ocorre todos os dias pela equipe de enfermagem pela manhã de 7 às 12 horas e os atendimentos são realizados por ordem de chegada. Caso seja uma demanda de enfermagem, a mesma já é atendida nesse atendimento. Caso haja uma demanda médica, uma consulta pode ser agendada no mesmo dia ou em dias seguintes. A consulta pode ser marcada com a equipe de clínica geral, ginecologia ou pediatria. Nos períodos da tarde ocorre atenção à saúde de forma programada como acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares, puericulturas, exames preventivos de colo uterino e os pré-natais. As visitas domiciliares são a cada 15 dias em alternância com a puericultura. Os pré-natais são semanais (um período da tarde), assim como as consultas dos hipertensos e diabéticos (dois períodos da tarde). Na era pré-pandêmica do COVID-19, ocorriam realizações esporádicas de grupos como de gestantes e tabagismo. Na atualidade não há nenhum grupo de educação em saúde em atividade. Há também uma atividade de caráter mensal que é o matriciamento em saúde mental, em que alguns profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) comparecem na unidade básica de saúde para discussão de casos clínicos.

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

Os problemas mais prevalentes foram discutidos na reunião de equipe e alguns pontos foram levantados. Essa lista diz respeito aos problemas que causam mais mortalidade, mas existem vários outros problemas muito importantes no dia a dia e

que não necessariamente levam a óbito e para os quais não temos dados suficientes. O município de Sabará apresenta déficit grave na área da saúde como um todo e principalmente na atenção básica à saúde. Há equipes com até 10.000 usuários cadastrados e muitas vezes apenas um ACS. Dessa forma, não se tem listagens de vários tipos de problemas de saúde e fica difícil ter controle até mesmo sobre as gestantes de cada equipe. A equipe, por exemplo, observa que há um número muito grande de usuários com problemas relacionados à saúde mental. Até pacientes mais graves da saúde mental dependem da UBS, pois o número de consultas ofertadas para psiquiatria e psicologia é extremamente reduzido. Essas pessoas frequentam a unidade no mínimo para solicitar renovação de suas receitas e outras tantas vezes para que se realize algum ajuste até o retorno com o psiquiatra. Outro fator importante que a equipe nota é o grande índice de gravidez na adolescência. Boa parte dos pré-natais é de adolescentes ou adultas jovens que já estão na segunda ou terceira gestação. Dessa forma, apesar dos números encontrados estarem mais relacionados a doenças cardiovasculares, o que é esperado e necessário de se trabalhar sobre, é preciso trabalhar nessas duas questões citadas e que são observadas no dia a dia da unidade básica de saúde. São identificados também casos de neoplasias, doenças do aparelho respiratório e morbimortalidade por causas externas.

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

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde amarela, Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas, município de Sabará.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular	Alta	7	Parcial	1
Neoplasias	Média	6	Parcial	2
Causas externas de morbidade e mortalidade	Alta	5	Fora	3
Doenças do aparelho respiratório	Alta	4	Parcial	4
Gravidez na adolescência	Alta	4	Parcial	5
Problemas relacionados à saúde mental	Alta	4	Parcial	6

Fonte: Autoria própria.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A eSF Amarela da UBS Vilas Reunidas, em seu cotidiano, atende usuários, portadores de doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular. Entre os usuários, existe um número significativo de pacientes sem controle de doenças crônicas por desconhecer a doença, não adesão aos tratamentos e falta de estímulo para este tratamento.

É comum a equipe prestar atendimento na Unidade a usuários que buscam somente por receitas médicas e por medicamentos da farmácia básica, ou ainda descompensados por utilização inadequada ou mesmo abandono dos medicamentos para condição crônica. O problema depende de ações que devem ser dispensadas aos usuários a fim de minimizar os danos e melhorar o quadro clínico e a qualidade de vida da população.

Para intervir sobre o problema, foi elaborado um plano de ação para melhorar o cuidado aos usuários que apresentam alto risco cardiovascular e reduzir as complicações da doença. Com este projeto, a equipe pretende utilizar de estratégias estimulando a intervenção e a prevenção das complicações do principal problema dos usuários acometidos sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família amarela no município de Sabará em Minas Gerais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para reduzir as complicações das doenças que remetem ao alto risco cardiovascular entre usuários adscritos à equipe Amarela, da Unidade Básica Vilas Reunidas no município de Sabará - Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Proporcionar reuniões de equipe regularmente conforme demanda para planejamento de ações e avaliação das abordagens que têm sido feitas quanto à efetividade.

Estimular hábitos de vida saudáveis como abandono do tabagismo, redução da ingestão de sódio, prática regular de atividades físicas e também melhora do padrão alimentar, no geral.

Estimular o usuário a aderir às medidas de prevenção e tratamento através de uma escuta qualificada, entendimento da realidade do outro e orientações de qualidade e compatíveis com a capacidade de compreensão de cada indivíduo.

4 METODOLOGIA

Esta proposta foi construída através de um plano de ação para estimular o controle das doenças que remetem ao alto risco cardiovascular, visando evitar as descompensações e melhorar a qualidade de vida dos usuários adscritos à equipe Amarela da UBS Vilas Reunidas no município de Sabará.

Na construção do plano de ação foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando intervir no problema considerado mais importante, ou que mais afeta a vida dos usuários portadores de doenças que remetem ao alto risco cardiovascular, determinando a necessidade de apoio dos familiares e comunidade, inclusive seu impacto sobre o trabalho na UBS Vilas Reunidas (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). O PES estuda os problemas relacionados à realidade do território na qual se pretende intervir, estabelecendo prioridades.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em periódicos existentes na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), tendo como descritores: Fatores de risco, Doenças cardiovasculares, Atenção básica à saúde e Estratégia Saúde da Família.

Compuseram, também, esse arcabouço teórico, os Cadernos do Ministério da Saúde e Diretrizes Brasileiros de Hipertensão.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com as evoluções tecnológicas ocorridas no último século, muitos avanços foram realizados na área da medicina na questão de diagnósticos, tratamentos e avaliação dos impactados de uma série de fatores que influenciam na saúde dos seres humanos (GUIMARAES *et al.*, 2019). Atualmente, temos inúmeros estudos que avaliaram, por exemplo, o efeito da hipertensão arterial sistêmica, do diabetes mellitus, do sedentarismo, do uso de tabaco, entre outros fatores, sobre o organismo humano.

5.1 Fatores de risco cardiovascular

5.1.1 Tabagismo

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2020), o tabagismo é a principal causa de morbimortalidade prevenível em todo o mundo, envolvendo causas cardiovasculares e também a pulmonares, portanto, configura-se como a maior causa isolada evitável de adoecimento e de mortalidade precoce.

Além da associação com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o tabagismo é considerado um fator importante de risco para outras doenças, como “tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras” (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, o tratamento para cessação do tabagismo é uma das intervenções que apresentam a melhor relação de custo benefício para prevenção de complicações cardiovasculares, inclusive de maior impacto do que alguns tratamentos como para infarto, dislipidemias e mesmo para tratamento de hipertensão arterial sistêmica. Sendo assim, é importante que os médicos da atenção primária à saúde estejam atentos e preparados para abordar pacientes tabagistas e que saiba como dar suporte para a cessação desse hábito prevenível e que causa tantos prejuízos no sistema cardiovascular humano, além dos também

reconhecidos no sistema pulmonar e urinário sendo causa bastante prevalente de cânceres nesses sistemas (BRASIL, 2015).

Malachias *et al.* (2016) também assinalam que o tabagismo é fator negativo no controle de hipertensos e na cessação do uso de tratamento medicamentoso.

Na Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas são ofertados ações e tratamentos para a cessação de tabagismo e vários usuários já conseguiram alcançar a cessação completa e notam vários benefícios para a própria saúde. Durante o tratamento que leva algumas semanas, são agendados vários momentos de orientação e reflexões quanto ao hábito de fumar e ofertados outros tipos de apoio como medicações para a fissura e ansiedade e também adesivos de nicotina para reposição das doses em queda e prevenção de sintomas de abstinência.

5.1.2 Alimentação

Outro fator que já foi extensivamente estudado e que pode ter grande impacto sobre o sistema cardiovascular é a alimentação. Em 1997 foi publicado o estudo Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), trabalho que mostrou os tipos de dieta que estão menos associados à hipertensão arterial sistêmica. De acordo com o estudo DASH, é sugerida uma alimentação com baixo teor de sal (menor que 5 gramas por dia), carnes magras, verduras em grande quantidade, laticínios, legumes, frutas e óleos e gorduras em pequenas quantidades daquelas consideradas boas como o azeite de oliva extra virgem. Nessa dieta sugere-se ainda evitar doces e frituras (APEEL, 1997 *apud* MOTA *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde assegura que

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta a maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS (BRASIL, 2014a, p. 83).

Sabemos que é muito difícil mudar hábitos de vida e que, muitas vezes, os resultados são a longo prazo, de forma que os profissionais podem se sentir desmotivados nas orientações. Por isso, as reuniões de reavaliação e planejamento são importantes até para que a equipe nunca perca o norte onde pretende chegar.

“A alimentação envolve um conjunto de valores e significados, que são de ordem cultural, psicológica, social e simbólica. A relação entre comida e prazer é muito próxima”. Isso significa que as pessoas extrapolam a alimentação quanto aos nutrientes que ela proporciona. Buscam, na alimentação, “afetos prazeres, saúde, ansiedades, doces lembranças do passado. (BRASIL, 2014b, p.107).

Malachias *et al.* (2016) afirmam que para o tratamento da hipertensão obter sucesso é condição indispensável a adoção de medidas nutricionais, incluindo desde a redução do consumo de sal e álcool e ingestão de fibras, oleaginosas, laticínios com baixo teor de gordura, alho e chocolate amargo.

Resultados da pesquisa realizada por Girotto *et al.* (2013) com pessoas hipertensas em Unidades Básicas de Saúde , Londrina, Paraná, mostram que pouco mais da metade informou ter feito mudanças na dieta, mas a grande maioria relatou que esta mudança se relacionou à redução do consumo de sal, gorduras e doces. E atestam que “os resultados encontrados reforçam a importância de ações interdisciplinares que possam contribuir para o manejo e o controle da hipertensão arterial e de outras doenças cardiovasculares (GIROTTTO *et al.* ,2013, p.1771).

Já pesquisa realizada por Ribeiro *et al.* (2017) com idosos hipertensos mostrou que eles não reduziram o consumo de sal, de gordura animal e ou vegetal. Vale destacar que os resultados também apontaram que a falta de adesão aos tratamentos indicados está mais associados ao nível de escolaridade, uma vez que muitos idosos eram semianalfabetos e de baixo poder socioeconômico.

Tanto na consulta médica quanto na consulta de enfermagem é essencial que o profissional faça anamnese detalhada e escute o paciente hipertenso com toda atenção para que estratégias educativas relacionadas à alimentação saudável seja orientada e fique cauteloso para avaliar risco cardiovascular. Afinal, conforme descrito no caderno 37 do Ministério da Saúde, uma pessoa com sobrepeso e obesidade normalmente possui comorbidades associadas (BRASIL, 2014b)

Nesse sentido, é importante fazer a estratificação de risco cardiovascular que objetiva aferir “o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Esta estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de

risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, HDLc e LDLc”.(BRASIL, 2014b, p.70).

Algo interessante na questão nutricional que já foi feito no município foi a solicitação de orientações apropriadas para o curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais. De acordo com um levantamento dos alimentos geralmente disponíveis nas casas da população, foram feitas dietas à base dos alimentos disponíveis. Essa ação foi muito importante pois sabemos que muitas vezes a população mais carente não tem acesso a determinados alimentos, de forma que orientações fora da realidade populacional se tornam então quase que totalmente inefetivas.

5.1.3 Sedentarismo

Aspecto também muito importante na prevenção de doenças cardiovasculares é a atividade física regular. De acordo com Barreto (2005), a porcentagem de brasileiros que realiza atividade em quantidade suficiente a ser considerada relevante para prevenção de doenças cardiovasculares é muito pequena, sendo pouco acima de 3%. Segundo Lima, Levy e Luiz (2014), para que se alcance um efeito protetivo para doenças cardiovasculares, deve-se realizar 150 minutos de atividades físicas por semana, de forma acumulada ou mesmo durante 30 minutos em 5 dias da semana.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assegura que a prática de atividade física feita regularmente é fator de proteção à saúde das pessoas e que 3,2 milhões de mortes anuais, no mundo, são atribuídas à atividade física insuficiente (WHO, 2020).

Dados da pesquisa realizada pela Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) demonstrou que a prática de atividade física, no Brasil, aumentou nos últimos tempos. A atividade física no tempo livre citada por adultos residentes nas capitais passou de 29,9% em 2009 para 37% em 2017. Destacam que a maior prevalência ocorreu no sexo masculino (43,4%), idade de 18 a 24 anos (49,1%) e na população com maior escolaridade (47%). (BRASIL, 2018)

A atividade deve ser suficiente para elevar a frequência cardíaca e causar sudorese, do caso contrário não é considerada atividade física relevante ao objetivo

de prevenção de doenças cardiovasculares. Dessa forma, algumas atividades físicas como alongamentos e yoga, por exemplo, podem ser benéficas em alguns pontos da saúde como força muscular e flexibilidade, mas não tem efeito como preventivo de doenças cardiovasculares (NOBREGA *et al.*, 2013; HERDY *et al.*, 2014).

A atividade física de mais fácil realização e que praticamente independente de recursos financeiros é a caminhada, que deve então ser sugerida para a maioria dos pacientes, desde que não haja contraindicação como arritmias graves não controladas.

Para o Ministério da Saúde,

A prática de atividade física pode ser fomentada nas Unidades de Saúde, em praças e em espaços comunitários cedidos pela comunidade. A presença do profissional de Saúde deve proporcionar os cuidados necessários a uma atividade saudável que não tragam danos imediatos ou futuros aos sujeitos que a praticam. Por isso, as atividades leves (alongamentos leves, caminhada em ritmo lento) e moderadas (dança de salão com músicas lentas) devem ser eleitas como as principais para serem promovidas em grupo. (BRASIL, 2014b, p.131)

O estímulo à atividade física, segundo Mota *et al.* (2013) tem grande importância na promoção da saúde cardiovascular, bem como na redução do impacto causado pelas DCV na sociedade contemporânea. Os mesmos autores enfatizam que todo adulto deve rechaçar a inatividade, uma vez que a atividade física proporciona benefícios para saúde, contribuindo para a qualidade de vida (MOTA *et al.*, 2013).

Neste sentido, Polisseni e Ribeiro (2014, 340) consideram que “embora a atividade física seja um importante recurso para políticas de promoção de saúde, o baixo nível e a inatividade física são preocupantes em todo o mundo”

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

As doenças cardiovasculares são importantes causas de adoecimento e também de mortalidade na população de Sabará, em semelhança com dados de outras cidades e estados do Brasil e também em outros países do mundo. Vários estudos já avaliaram fatores de risco relacionados com as doenças cardiovasculares e também como as mesmas podem ser prevenidas ou mesmo tratadas de forma precoce, procurando prevenir complicações e perda de capacidade funcional, a qual leva a dependência para atividades de vida diária e também à necessidade de tratamentos mais onerosos ao sistema de saúde.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Como objeto de estudo foram escolhidas as doenças cardiovasculares, que de acordo com os dados epidemiológicos são a maior causa de adoecimento e morte na área abrangida pela equipe de saúde amarela da Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas.

Segundo dados da VIGITEL, a prevalência média de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foram respectivamente de 24% e 7%. (BRASIL, 2017). No banco de dados de paciente da Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas também conseguimos números aproximados desses (30% para hipertensão arterial sistêmica e 10% para diabetes mellitus), mas não é possível dar dados precisos pois há uma grande quantidade de indivíduos sem cadastro na unidade e, , procuram a unidade aqueles mais necessitados.

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para o ano de 2019, as causas cardiovasculares foram responsáveis por 156 de 778 mortes, o que representa um percentual de 20%, sendo as mais relevantes, seguidas de neoplasias com 16% e as doenças respiratórias com 10% (DATASUS, 2020).

Sendo assim, esses dados reforçam a necessidade de esforços para a melhoria e redução das causas que aumentam o risco cardiovascular como explicitado no capítulo 5 deste trabalho, de forma a evitar principalmente os desfechos fatais mas

também os não fatais que são causa de grande morbidade para a população afetada pelas diversas causas de comprometimento do sistema cardíaco e também vascular do corpo humano.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Todos os dias a equipe enfrenta a pandemia de hipertensão arterial sistêmica e também a de diabetes mellitus. São doenças que aumentam muito o risco cardiovascular e que no final da linha irão culminar em adoecimento devido complicações como insuficiência renal, aterosclerose arterial, infarto, acidente vascular encefálico, entre outros agravos. Percebe-se como a hipertensão arterial e a diabetes, que podem ser consideradas fatores de risco, são elementos muito importantes na vida das pessoas e que devem ser cuidados de forma adequada e de preferência prevenidos na população geral.

Tanto a hipertensão arterial sistêmica como a diabetes mellitus são condições com predisposição genética, mas que tem aumentado sua prevalência nas últimas décadas de forma exponencial devido aos hábitos de vida não saudáveis como a ingestão frequente de alimentos hipercalóricos, com excesso de sal, pelo sedentarismo, entre outros fatores predisponentes (MACHADO; PIRES; LOBAO, 2012).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais “nós críticos” para o enfrentamento das doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular são os listados abaixo:

- Desabastecimento das medicações essenciais;
- Baixa adesão aos tratamentos;
- Falta de atendimento clínico adequado;
- Falta de exames para diagnóstico e acompanhamento.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico - operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passos)

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Desabastecimento das medicações essenciais
6º passo: operação (operações)	Cobrar a disponibilização das medicações essenciais. Estabelecer diálogo com a secretaria municipal de saúde para entender o motivo pelo qual ocorrem tantos desabastecimentos de medicações básicas e procurar soluções
6º passo: projeto	Cobrar para cuidar
6º passo: resultados esperados	Conseguir disponibilização das medicações essenciais pois sabemos que as mesmas são de extrema importância para o controle de condições crônicas, de forma a gerar mais qualidade de vida para as pessoas no longo prazo e evitar gastos mais altos com as complicações
6º passo: produtos esperados	Maior qualidade de vida para as pessoas, menos complicações crônicas, menos internações hospitalares e menores gastos na área da saúde.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Maior conhecimento das medicações necessárias e indicadas para disponibilização no SUS; as formas de realizar licitação e compra das mesmas e também como planejar estoques para evitar o desabastecimento. Financeiro: verba para aquisição e manutenção de estoque de medicamentos; Político: mostrar aos gestores, principalmente secretário da saúde e coordenação da atenção básica de saúde, sobre a situação atual de abastecimento e a necessidade de buscar soluções na resolução dessas questões.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: há muitos profissionais capacitados nos vários pontos da rede de atenção à saúde. Muitas vezes falta é boa vontade para realização de uma boa gestão e resolução de problemas. Político: esse é um ponto muito crítico, pois temos muitos cargos comissionados e não necessariamente as pessoas indicadas estão muito bem preparadas ou motivadas para as tarefas. Financeiro: os recursos para a saúde são garantidos por impostos pagos pela população e também pactuações das várias esferas de governo. Às vezes o que se falta é cumprir as metas estabelecidas e programar licitações, etc.

8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Como explicitado acerca dos recursos financeiros não há grandes necessidades, havendo mais dependência referente a planejamentos, pactuações e alcance de metas. Nas questões política e cognitiva é preciso de pessoas motivadas e que possam cativar outros sujeitos no sentido de um esforço coletivo para as ações.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	O acompanhamento do plano deve ser realizado pelos membros envolvidos de acordo com as designações para cada atividade e também pelo grupo que envolve principalmente os profissionais de medicina, enfermagem e gerência. É sugerido que cada membro tenha controle e prazo de suas ações e que haja reuniões mensais para avaliação dos progressos do grupo e reavaliação caso seja necessário.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	De acordo com os profissionais designados para cada tarefa, após reunião de grupo para definição de quem assume o quê, é interessante que cada um estabeleça um controle e planejamento de suas ações e que haja reuniões mensais entre os vários participantes para relatório do andamento das atividades e avaliação de como está o progresso das atividades.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Baixa adesão aos tratamentos
6º passo: operação (operações)	<p>Realizar esforço para que todos que compõem a eSF (ACS, enfermagem, medicina e etc)conscientizem-se da importância e necessidade de adesão dos pacientes aos tratamentos propostos.</p> <p>Realizar grupos educativos com os pacientes para que se conscientizem da importância de aderirem ao tratamento;</p> <p>Realizar ações e eventos , mas também preciso um trabalho diário de informação individual sobre os tratamentos.</p>
6º passo: projeto	Conscientizar para aderir
6º passo: resultados esperados	<p>Grupos operativos em funcionamento regular;</p> <p>Adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentos;</p> <p>Pacientes com mudanças de hábitos alimentares e fazendo atividades físicas regulares;</p> <p>Pacientes participando de grupos de apoio para cessação aoaytabagismo tratamentos otimizados, menos complicações das condições crônicas de saúde.</p>
6º passo: produtos esperados	<p>Atingir tratamentos otimizados e dessa forma prevenir complicações de curto e longo prazo que se traduzirá em melhor qualidade de vida e menores gastos para os serviços de saúde pois sabemos que as complicações demandam muito mais recursos humanos, estruturais e financeiros.</p>
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: profissionais motivados e capacitados a realizar orientações pertinentes quanto à importância dos tratamentos, complicações que podem ocorrer e outras consequências da não adesão aos tratamentos,</p> <p>Financeiro: não há necessidade de recursos financeiros específicos já que essa atividade demanda é o trabalho informativo dos profissionais que fazem parte do sistema de saúde.</p> <p>Político: para as atividades rotineiras de orientação das pessoas não há necessidade de recursos políticos específicos, mas é clara adesão</p>

	motivada da eSF ao trabalho educativo e da gerente acatar o trabalho
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Cognitivo: na rede de atenção à saúde há muitos profissionais capacitados para as atividades e também outros que podem ser capacitados, havendo total viabilidade.</p> <p>Político: como dito anteriormente, a princípio não há necessidade de recursos políticos específicos necessários. Adesão total da equipe.</p> <p>Financeiro: como dito anteriormente não há necessidade de recursos financeiros a princípio.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Os profissionais de medicina e enfermagem são os grandes responsáveis pelo planejamento, treinamento, realização e coordenação dessa atividade.</p> <p>As atividades de educação em saúde são de extrema importância por auxiliarem na prevenção de doenças e também de complicações nas pessoas já acometidas. Além disso, as pessoas que recebem as informações são possíveis disseminadores dessas informações de qualidade entre familiares, vizinhos e etc.</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Essa atividade pode e deve ser acompanhada / reavaliada de forma rotineira / diária pelo profissional de enfermagem e medicina. Diante de um paciente não aderente aos tratamentos, é sempre momento de avaliar o que já foi feito no sentido de tentar melhorar a adesão. Mensalmente pode ocorrer uma reunião entre os membros envolvidos para avaliação se a longo prazo está ocorrendo melhora da adesão da população atendida.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe de estratégia de saúde da família pode criar listas de pacientes de acordo com as comorbidades mais prevalentes como hipertensão e diabetes e ir registrando como está sendo a adesão e alcance das metas esperadas para cada condição. Dentro disso, quanto mais paciente atingirem as metas, mas efetivas se mostram as ações quanto à adesão aos tratamentos propostos.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de atendimento clínico adequado.
6º passo: operação (operações)	<p>Capacitar a grande maioria dos profissionais alocados nas unidades básicas de saúde em todo o país pois se sabe que não tem capacitação / treinamento para atuar na área de estratégia de saúde de família e comunidade. O mais comum é que os profissionais sejam recém formados ou mesmo em fim de carreira, mas sem nenhum tipo de especialização da área.</p> <p>Que o município ofereça um programa de qualificação contínua de seus profissionais a fim de que os mesmos tenham mais capacidades técnicas e dessa forma possam atuar de forma mais efetiva nos atendimentos clínicos em geral, mas especificamente nas doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular.</p>
6º passo: projeto	Programa permanente do município para a capacitação de seus profissionais.
6º passo: resultados esperados	Com a capacitação dos profissionais, espera-se que haja atendimentos de melhor qualidade técnica e que se alcance em maior porcentagem tratamentos otimizados de forma a prevenir complicações.
6º passo: produtos esperados	Fornecer atendimento clínico adequado à população de forma a otimizar os tratamentos e prevenir complicações, gerando mais qualidade de vida e reduzindo gastos na área da saúde.
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: são necessários profissionais com maior capacitação técnica que possam auxiliar no processo de capacitação dos colegas e na rede de saúde já há esses profissionais.</p> <p>Financeiro: a princípio não é necessário um recurso adicional específico, mas é necessário que horas que seriam de trabalho / atendimento dos profissionais sejam cedidas para as atividades de capacitação.</p> <p>Político: é necessário que os gerentes, coordenadores e até a secretaria de saúde sejam conscientizados da importância e necessidade de capacitação desses profissionais e das melhorias em questão de saúde e mesmo redução de gastos a longo prazo.</p>
7º passo: viabilidade do	Cognitivo: na rede de atenção à saúde já há profissionais com maior capacitação técnica que podem auxiliar no processo de capacitação

plano - recursos críticos	<p>dos colegas.</p> <p>Político: é necessário conscientizar os atores políticos de forma a viabilizar que as atividades de capacitação possam ocorrer.</p> <p>Financeiro: não é necessário um recurso financeiro específico, mas há necessidade de utilizar das horas de profissionais de saúde atuantes na rede de atenção à saúde.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Toda a equipe pode ser responsável, mas sem dúvida a gerência tem um papel ressaltado até por ter mais proximidade de atores da coordenação e secretaria de saúde.</p> <p>Sensibilizar a gerência quanto à necessidade de capacitação dos profissionais</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Tanto a gerência como os profissionais de medicina e enfermagem devem se responsabilizar, mas esses últimos são os maiores interessados e devem se empenhar mais para conseguir algo que vem também para benefício profissional próprio.</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>O monitoramento é contínuo de forma a cobrar que as atividades propostas tenham um calendário e regularidade na ocorrência para que não caiam no esquecimento e deixem de acontecer. Também é importante a cobrança pela reserva do espaço de tempo.</p>

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “doenças crônicas que resultam em alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Amarela, do município Sabará, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Falta de exames para diagnóstico e acompanhamento de condições crônicas
6º passo: operação (operações)	<p>Associar à consulta clínica que é muito efetiva e trata-se do recurso mais importante no dia a dia da saúde, entretanto exames laboratoriais também são importantes e auxiliam os profissionais no diagnóstico, monitoramento e tomada de decisões quanto aos exames.</p> <p>Estabelecer um diálogo com a gerência, coordenação de saúde e secretaria de saúde de forma a disponibilizar e garantir exames básicos necessários para as atividades de saúde das unidades básicas. Pode-se ser necessário que se criem protocolos para que os recursos sejam utilizados de forma harmoniosa e custo efetiva.</p>
6º passo: projeto	<i>Exames sim!</i>
6º passo: resultados esperados	Espera-se que os exames básicos necessários estejam disponíveis e que dessa forma sejam ofertados serviços de qualidade quanto ao diagnóstico, monitoramento e acompanhamento de condições crônicas de saúde que são responsáveis por aumentar o risco cardiovascular quando estão presentes e principalmente se estiverem mal controladas.
6º passo: produtos esperados	Com a disponibilização dos exames, espera-se que se faça diagnósticos mais precoces das condições crônicas de saúde, que o monitoramento seja mais efetivo, e o tratamento seja otimizado de forma a prevenir complicações, gerar mais qualidade de vida para as pessoas e reduzir gastos na área da saúde.
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: é preciso que os profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde se empenhem em conscientizar os gestores sobre a necessidade dos recursos de exames, a importância dos mesmo e as complicações e gastos futuros da não disponibilização.</p> <p>Financeiro: É preciso que os gestores direcionem os recursos recebidos do governo estadual, federal e mesmo de impostos municipais para a realização de exames diagnósticos.</p> <p>Político: depende-se nesse aspecto principalmente da secretaria de saúde e também da prefeitura de forma a disponibilizar recursos, criar convênios, criar serviços específicos, destinar verbas e etc.</p>
7º passo:	Cognitivo: há muitos profissionais capacitados na rede de atenção à

viabilidade do plano - recursos críticos	<p>saúde capazes a estabelecer os recursos diagnósticos necessários e também a criar protocolos para o uso harmonioso e custo efetivo dos recursos.</p> <p>Político: é preciso estabelecer diálogo e conscientizar os atores políticos que eventualmente não tenham grande conhecimento das necessidades dos serviços de saúde.</p> <p>Financeiro: os recursos da saúde são garantidos por leis e pactuações. Muitas vezes o que falta que haja o recurso é o conhecimento da forma de captação, as metas a serem cumpridas e o uso racional.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>O controle, destinação e estabelecimento dos recursos é algo dependente principalmente da coordenação de saúde e também da secretaria de saúde.</p> <p>Os profissionais podem ajudar na medida do possível em determinadas decisões e ajudar na cobrança.</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>A gerência das unidades é sem dúvida a maior responsável por realizar as articulações com a coordenação de saúde e também com a secretaria de saúde. Os profissionais podem ajudar na medida do possível. São atividades do dia a dia a serem resolvidas, mas sugere-se que haja uma reunião com os vários atores a cada 3 meses continuamente.</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Sugere-se que haja uma reunião local da unidade de saúde mensalmente e uma trimestral do município.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é um dos bens mais preciosos dos seres humanos, mas, infelizmente, muitos não sabem cuidar bem da mesma por motivos diversos. O principal papel das equipes da Estratégia de Saúde da Família, ou mesmo de um profissional individualmente, é ajudar as pessoas a cuidarem melhor da própria saúde. Objetivo este muito maior do que “curar” doenças, visto que o nosso contexto, nas últimas décadas, é da prevalência de doenças crônicas degenerativas que não têm uma cura em si, mas sim controle adequado, prevenção de complicações, dentre outros.

Este trabalho começou a ser desenvolvido há mais de um ano e as dificuldades para alcançar seus objetivos já eram inicialmente enormes. Ressaltamos alguns deles como uma mídia grande de produtos com baixa qualidade nutricional, políticas de saúde ineficientes, subfinanciamento do sistema de saúde, profissionais não especializados e desmotivados, etc. À parte de tudo isso, no último ano passamos a viver com algo ainda maior, que não tem barreiras sociais ou políticas. A infecção pelo Sars-Cov-2, chamada de infecção por Covid-19, causou e continua causando danos extremos direta e indiretamente em todo o planeta Terra. Há períodos de hospitais lotados, ambulatórios fechados, agendamentos de cirurgias e procedimentos interrompidos, entre vários outros fatores que influenciam em questões de saúde não relacionadas ao Covid-19. Seguimos na esperança de vencer esse momento tão difícil para todos.

Sabemos que a evolução como um todo não dá saltos, seja no sistema de saúde, economia, infraestrutura.... É preciso caminhar passo a passo na construção de algo melhor, seja individual ou coletivamente. Essa talvez seja a informação mais importante de se ter em mente, afim de não se desanimar de uma caminhada que não é fácil.

Este estudo foi gratificante de ser realizado e trouxe reflexões importantes e amadurecimento para toda a equipe envolvida no trabalho. Esse trabalho traz vários aspectos que podem ser aprimorados visando à melhoria de saúde da população e também um funcionamento mais harmônico dos serviços de saúde. Na nossa visão, este trabalho não traz nenhuma grande novidade ou algo impossível de ser

realizado, mas sim ressalta a importância do bom funcionamento de algumas engrenagens desse grande sistema.

Por outro lado, traz sim propostas que dependem de profissionais e equipes individuais como também de políticas municipais, estaduais e federais. Trata-se de certa forma de um trabalho pontual, para uma única equipe da Estratégia de Saúde da Família entre milhares existentes em nosso enorme país. Entretanto, por outra perspectiva, é um trabalho que influenciará algumas milhares de pessoas e pode servir ainda de modelo para que profissionais de outras unidades e equipes se inspirem na realização de um trabalho melhor, mesmo que se traduza em um esforço individualizado apenas de uma equipe de Saúde da Família. É assim que esperamos pela melhoria da saúde individual de cada ser humano e também por melhorias no sistema de saúde de nosso país.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo**: causas e prevenção. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil, 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016**: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica e fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** : obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-DATASUS. **Informações de Saúde** (TABNET). Brasília. 2020. Disponível em : < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, June 2013

GUIMARAES, R. *et al.*. Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.881-886, mar. 2019.

HERDY, A. H *et al.*. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.103, n.2, supl.1, p.1-31, ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Cidades. Minas Gerais. **Sabará**. Panorama. Brasília. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sabara/panorama>>.

LIMA, D. F.; LEVY, R. B.; LUIZ, O. C.. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. **Rev. panam. salud pública**, v.36, n.3, p.164-170, 2014.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBAO, W. M.. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1357-1363, mai. 2012.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016

MOTA, D. M. *et al.* Como melhorar o controle das doenças cardiovasculares? Lições dos estudos epidemiológicos. **Rev Soc Cardiol.**, v.23, n.2, p.14-23, 2013.

NOBREGA, A. C. L. *et al.*. Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.100, n.1, supl.2, p.1-41, Jan. 2013.

POLISSENI, M. L. C.; RIBEIRO, L. C.. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Rev Bras Med Esporte**, v.20, n.5, p.340-344, 2014.

RIBEIRO, I. A. P. *et al.* Tratamento farmacológico e não farmacológico de idosos com Hipertensão Arterial: adesão às terapias propostas. **Rev. UNINGÁ, Maringá**, v. 54, n. 1, p.8- 19, out. / dez. 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Who Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour**. Geneva: World Health Organization, 2020