

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rafael Bezerra de Oliva

**INTERVENÇÃO PARA O RISCO AUMENTADO DE DOENÇAS
CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DONA
FRANCISCATOSCANO CARDOSO NO MUNICÍPIO DE GURINHATÃ-
MINAS GERAIS**

UBERABA-MG
2021

Rafael Bezerra de Oliva

**INTERVENÇÃO PARA O RISCO AUMENTADO DE DOENÇAS
CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DONA
FRANCISCATOSCANO CARDOSO NO MUNICÍPIO DE GURINHATÃ-
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Gestão do Cuidado em
Saúde da Família, Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Wania Cristina da Silva

**UBERABA-MG
2021**

Rafael Bezerra de Oliva

**INTERVENÇÃO PARA RISCO AUMENTADO DE DOENÇAS
CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DONA
FRANCISCATOSCANO CARDOSO NO MUNICÍPIO DE GURINHATÁ-
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Wania Cristina da Silva

Banca examinadora

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim. Centro Universitário Unifacvest

Professora. Dra. Wania Cristina da Silva. Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de abril de 2021

Nada na vida deve ser maior para um pai do que merecer o amor de seu filho!

Dedico esse trabalho ao pequeno Eduardo Oliva, porque tudo que sou ou tudo o que gostaria de ser é o que simplesmente sou de fato, seu pai!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter dado força para nunca desistir dos meus sonhos e sempre acreditar que a cada dia eu possa uma pessoa melhor.

As minhas irmãs agradeço de todo o meu coração pelo apoio incondicional no que acreditei e nas minhas decisões, ainda que não fossem sensatas, porém saiba que eu estava feliz.

Meu reconhecimento e gratidão a minha mãe, Maria D'Ajuda Bezerra de Oliva – *In memória*- pelo homem que me tornei, pelos ensinamentos, que desde criança ela plantou em mim, a semente da persistência e aprendi a lutar pelos meus sonhos e nunca desistir dos meus alvos.

Agradeço o apoio e a parceria do meu amigo João Paulo Wailer FH que sempre me auxiliou nas decisões mais precisas.

Meu carinho especial a toda equipe e pacientes da Estratégia de Saúde da Família: Urbano Dona Francisca Toscano Cardoso da cidade de Gurinhatã-Minas Gerais, que divido maior parte do meu tempo, que também foi inspiração para escolha do tema desse trabalho.

Cada um dos nossos pensamentos não é mais do que um instante de nossa vida. De que serviria a vida se não fosse para corrigir os erros. Vencer nossos preconceitos e a cada dia, alargar nosso coração e nossos pensamentos? Nós utilizamos cada dia para alcançar um poucomais de verdade..."Ronktin Rolland. Jean Christophe

RESUMO

As doenças cardiovasculares ainda são as principais causas de mortes registradas em todo o mundo: existem mais registros de pessoas que morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outras causas. O enfrentamento do risco aumentado das doenças cardiovasculares na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família–Dona Francisca Toscano Cardoso é uma das mais importantes e desafiadoras ações estratégicas do programa Estratégia e Saúde da Família de Gurinhatã. Esse projeto tem como objetivo propor a diminuição do risco das doenças cardiovasculares em pacientes atendidos pela equipe, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família–Dona Francisca Toscano Cardoso. Para realização desse trabalho foi feito o levantamento dos principais problemas do território através da estimativa rápida. Foi utilizado como metodologia o Planejamento Estratégico Situacional, método que realiza a estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações a serem executadas. A pesquisa bibliográfica foi feita por meio dos seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Risco Cardiovascular. Os levantamentos foram realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde que identificaram os principais problemas, dos quais foram selecionados oito deles e distribuídos em pontos. A organização deste trabalho permitiu compreender melhor o contexto e elaborar um diagnóstico situacional em toda sua área de abrangência para seleção e enfrentamento do problema. Os principais “nós críticos” selecionados para execução do projeto foram: Hipertensão e Diabetes; Sedentarismo; População envelhecida; Tabagismo; Alcoolismo e Baixa aderência terapêutica. Espera-se que com as ações propostas no plano haja como resultado a melhoria da qualidade de vida da população de risco. A prevenção para diminuir o risco da patologia é necessária a atuação de toda equipe, bem como da participação da gestão municipal e da colaboração da comunidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are still the main causes of deaths registered worldwide: there are more records of people who die annually from these diseases than from any other cause. Coping with the increased risk of cardiovascular disease in the coverage area of the Basic Family Health Unit Dona Francisca Toscano Cardoso is one of the most important and challenging strategic actions of the Gurinhatã Family Strategy and Health program. This project aims to propose a reduction in the risk of cardiovascular diseases in patients treated by the team, in the coverage area of the Basic Family Health Unit Dona Francisca Toscano Cardoso. In order to carry out this work, a survey of the main problems of the territory was carried out through rapid estimation. Situational Strategic Planning was used as a methodology, a method that quickly estimates the problems observed and defines the priority problem, the critical nodes and the actions to be performed. The bibliographic search was carried out using the following descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Cardiovascular risk. The surveys were carried out by Community Health Agents who identified the main problems, of which eight were selected and distributed in points. The organization of this work allowed for a better understanding of the context and to elaborate a situational diagnosis in all its area of coverage for selection and coping with the problem. The main “critical knots” selected for the execution of the project were: Hypertension and Diabetes; Sedentary lifestyle; Aged population; Smoking; Alcoholism and Low therapeutic adherence. It is expected that the actions proposed in the plan will result in an improvement in the quality of life of the population at risk. Prevention to reduce the risk of pathology requires the work of the entire team, as well as the participation of municipal management and community collaboration.

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

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Classificação de prioridade dos problemas identificados da comunidade adstrita à ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso no município de Gurinhatã – Minas Gerais.. 23
- Quadro 2. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Número elevado de pacientes com hipertensão e diabetes (baixa adesão terapêutica e não adesão ao estilo de vida)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso no município de Gurinhatã – Minas Gerais 34
- Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Sedentarismo (mudança do estilo de vida e adesão a atividade física” no território da equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg.. 35
- Quadro 4. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo aumenta o risco das doenças cardiovasculares ” no território equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg..... 36
- Quadro 5. Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “População Envelhecida (micro área alto índice de pessoas > de 60 anos)” no território da equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg..... 37
- Quadro 6. Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Alcoolismo- aumenta o risco das doenças cardiovascular.” no território equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg..... 38
- Quadro 7. Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “Baixa aderência terapêutica (população de baixa escolaridade) ” no território da equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg..... 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil etário na área da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, Gurinhatã, 2020..... 18

Tabela 2. Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, Gurinhatã, 2020..... 19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| DM | Diabetes melito (Diabetes mellitus) |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan Americana da Saúde |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RM | Ressonância Magnética |
| RX | Radiografia |
| SAB | Suporte Básico de Vida |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USG | Ultrassonografia |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1.INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1.1 Aspectos gerais do município | 14 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde..... | 14 |
| 1.2.1 Organização dos pontos de atenção à saúde | 16 |
| 1.3 Aspectos gerais da comunidade | 17 |
| 1.3.1 Aspectos socioeconômicos | 17 |
| 1.3.2 Aspectos demográficos | 18 |
| 1.3.3 Aspectos epidemiológicos | 19 |
| 1.4 Unidade Básica de Saúde Dona Francisca Toscano Cardoso | 20 |
| 1.5 A equipe da Estratégia de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso..... | 20 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso..... | 21 |
| 1.7 O dia a dia da equipe da Unidade de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso | 21 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade/ Programa Saúde da Família Urbano Dona Francisca Toscano Cardoso (primeiro passo)..... | 22 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 22 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 24 |
| 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 Fatores de risco das doenças cardiovasculares..... | 28 |
| 5.3 Prevenção às doenças cardiovasculares | 29 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 32 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)..... | 32 |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo)..... | 32 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 33 |
| 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 passo)..... | 33 |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 40
REFERÊNCIAS..... 41

1.INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Gurinhata é um município mineiro localizado no Centro Oeste do Triângulo Mineiro, na região sudeste, distancia-se 741 km da capital, Belo Horizonte. A população do último censo em 2010 era de 6.137 pessoas e a estimada para 2019 foi de 5.639 pessoas, com densidade demográfica de 3,32 hab/Km². Possui uma extensão territorial de 2.040 Km². Está a 72 Km de distância da sede da Microrregião de Ituiutaba e à 207 Km de distância da sede da Macrorregião Triângulo do Norte. As principais Rodovias são a BR 365 e BR 364 (IBGE, 2019).

O nome Gurinhata vem de uma linguagem indígena “GUIR-ENHÉ-ATÁ”, que por tradição familiar, numa linguística coloquial, seus moradores a chamam carinhosamente pelo seu significado: “Cidade do pássaro azul”, ”Ave que canta muito” (GURINHATÁ, 2020; IBGE, 2019).

Gurinhata passou a distrito de Ituiutaba pelo Decreto-Lei Nº 1058, de 31/12/1943. O município foi criado em 31/12/1963, pela Lei Estadual Nº 2764. Já sua instalação deu-se em 1º/03/1963. Seu antigo arraial satélite chamado Gurita, pela Lei Nº 8285, de 08/10/1982 foi elevado a Distrito, com o novo nome de Flor-de-Minas, sendo instalado solenemente em 16/03/1983, segundo dados do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (GURINHATÁ, 2020).

O ainda distrito de Flor de Minas está situado no extremo noroeste do seu município (Gurinhata), à margem esquerda da Rodovia BR-365, segundo dados do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (GURINHATÁ, 2020). Em relação à parte econômica, em 2017, o salário médio mensal do trabalho formal era de dois salários mínimos, sendo que a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9,9%. O município destaca-se na produção agrícola e pecuária. Na educação a taxa de escolarização dos 6 aos 14 anos em 2010 era de 97,1% (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde-SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela

construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2010, p. 4)

Diante da afirmação acima se vê a importância da organização da rede para garantir a integralidade do cuidado. O sistema de Saúde Municipal de Guarinhata para a organização dos serviços de saúde não é diferente. Para Faria et al. (2017), é fundamental que planejem e programem suas ações, que monitorem o desenvolvimento das ações e avaliem os seus resultados, que cuidem da estrutura desse nó e utilizem os recursos disponíveis de forma apropriada.

Para tanto, é fundamental que cada membro da equipe esteja bem preparado ou que se prepare para desenvolver as ações necessárias e que tenha os meios para que isso ocorra, a fim de oferecer um atendimento mais eficaz para a população. Com base na percepção de Faria et al (2017), a rede de organização de serviço em Saúde tem fortalecido com os avanços tecnológicos e a comunicação, embora perceba-se uma dificuldade na rede na contra referência dos serviços especializados referenciados, situação que tem sido discutido em reuniões com gestão e profissionais de saúde.

Rede de atenção à saúde e sistemas de apoio e logístico

- Atenção Primária à Saúde: O município é composto por três equipes de Unidade Básica de Saúde - UBS, com a cobertura de 100%. Uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família-NASF- três para as três equipes, três equipes de saúde bucal, uma em cada UBS, um Hospital com Pronto Atendimento, uma ambulância de Suporte Básico de Vida- SBV – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU.
- Pontos de Atenção à Saúde Secundários: Todos os serviços de atenção secundária são referenciados para cidade de Ituiutaba e Uberlândia, com exceção o atendimento inicial das emergências na rede hospitalar e serviço de laboratório disponível no município.
- Pontos de Atenção à Saúde Terciários: Todo o serviço de atenção terciária é referenciado para cidade de Ituiutaba e Uberlândia.

Sistemas de apoio

- Diagnóstico e Terapêutico: O município disponibiliza para UBS 25 guias de solicitações de exames a cada 15 dias para cobertura de toda área de abrangência,

também disponibiliza Radiografia (RX) na rede hospitalar, os demais exames de imagem, como: Ultrasonografia (USG), Tomografia, Ressonância Magnética, Endoscopia é referenciado para a cidade de Ituiutaba e Uberlândia.

- Assistência Farmacêutica: O município disponibiliza de farmácia com as medicações básicas para atender à atenção primária, para os medicamentos de alto custo é montado um processo personalizado para ter acesso a medicação proveniente da rede farmacêutica estadual.
- Informação em Saúde: Através de propaganda com carro de som, mídia municipal-rádio e TV, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de saúde, WhatsApp.

Sistemas logísticos

- Transporte em Saúde: O município disponibiliza de ambulância para comunitária para transporte de pacientes para consultas ambulatoriais em outros municípios, além de uma ambulância de suporte básico para transferência de paciente regulado pelo SAMU. Em caso de paciente que precisa de suporte avançado de vida, esse transporte é feito pelo o SAMU - vindo de outro município da regional da regulação do SAMU. A rede de regulação regional - SAMU, dependendo da gravidade disponibiliza de transporte aéreo-helicóptero para até 200 km de transferência.
- Acesso Regulado à Atenção: Na atenção primária o acesso é dado por agendamento e demanda espontânea de segunda a sexta-feira, para as emergências, a regulação é realizada a nível hospitalar.
- Prontuário Clínico: Na atenção primária é usado o prontuário eletrônico – E-SUS, por motivo técnico, tipo falta de energia, queda de internet ou problema no sistema ainda se usa prontuário físico.
- Cartão de Identificação dos Usuários do (SUS): Todo atendimento na UBS é dado mediante a apresentação do Cartão Nacional do SUS (CNS) e certificação de sua área de abrangência diante do cadastro realizado pelo (ACS).

1.2.1 Organização dos pontos de atenção à saúde

A referência no âmbito municipal é feita mediante formulário próprio com relatório do quadro clínico do paciente com Impressão Diagnóstica, a contra referência geralmente não acontece, as informações geralmente são dadas pelos pacientes. As referências para

atendimento especializado ambulatorial em exames de alto custo são dados através de formulário próprio e encaminhado para setor administrativo da saúde que solicita atendimento via regulação na rede de saúde referência do município. A contra referência raramente acontece da mesma forma que acontece com as informações que são trazidas pelo o usuário.

O modelo de saúde Integral, tendo as UBS como porta de entrada, para atendimento de segunda-feira a sexta-feira, uma unidade hospitalar para atender as urgências/emergências em tempo integral de 24 horas. Os atendimentos especializados de média e alta complexidade são referenciados na cidade de Ituiutaba e Uberlândia, incluindo exames de alto custo.

1.3 Aspectos gerais da comunidade

A área de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso é dividida em cinco micro áreas, sendo quatro micro áreas na zona urbana e uma micro área na zona rural. Em território urbano estão duas micro áreas no centro, duas micro áreas nos bairros (Adalardo Muniz Borges e Adonias João de Araújo), uma micro área na zona rural (Assentamento Rosada) totalizando 1769 habitantes, segundo dados coletados pela ficha de cadastro individual dos ACS.

1.3.1 Aspectos socioeconômicos

A ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso está localizada no centro da Cidade, na rua José Floriano Oliveira nº 15, ao lado do Hospital Municipal, com 1789 pessoas cadastradas, sendo a maior faixa etária, as pessoas idosas, tendo como renda principal a aposentadoria. Para outras faixas etárias, os trabalhadores informais e funcionário de prefeitura tendo uma renda média de 1,5 salário, prestadores de serviços e uma economia informal. Também possui um grande número de pessoas desempregadas e subdesempregadas, maioria do território rural é compreendida de grandes fazendas que se mantêm pelos lucros da agropecuária, principalmente leite e cana de açúcar (IBGE, 2019).

O índice de analfabetismo é mediano, principalmente na faixa etária acima dos 50 anos, existe uma evasão da escola nas últimas séries do 2º grau. A comunidade tem escolas, igrejas, lar de idoso, creche. Essa comunidade tem parceria com a ESF principalmente nas ações educativas e preventivas (IBGE, 2019).

Embora não tenha ocorrido uma expansão da área urbana de forma significativa, ainda existem carências a serem supridas para a melhoria na qualidade de vida da população, no que se refere a saneamento básico, onde apenas 45,1% da população tem acesso a esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2019).

1.3.2 Aspectos demográficos

O perfil etário da área de abrangência da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, em destaque na Tabela 1, distribuído em faixa etária, sexo e idade.

Tabela 1. Perfil etário na área da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, Gurinhatã, 2020.

| FAIXA ETÁRIA/ANO | MASCULINO | FEMININO | TOTAL |
|------------------|-----------|----------|-------|
| < 1 | 07 | 14 | 21 |
| 1-4 | 42 | 33 | 75 |
| 5-14 | 79 | 74 | 153 |
| 15-19 | 38 | 26 | 64 |
| 20-29 | 71 | 92 | 163 |
| 30-39 | 68 | 83 | 151 |
| 40-49 | 126 | 180 | 308 |
| 50-59 | 129 | 154 | 283 |
| 60-69 | 98 | 185 | 283 |
| 70-79 | 95 | 76 | 171 |
| ≥ 80 | 55 | 62 | 117 |
| TOTAL | 810 | 979 | 1789 |

Fonte: Fichas de cadastro individual dos agentes comunitários de saúde do PSF (2020).

A maioria das residências são adequadas para moradia, a exceção das poucas casas construídas de madeira e barro que ainda restam na zona rural, ademais da presença de dejetos fecais lançados ao ar livre em algumas residências, o que pode contribuir para elevação nos índices de infestação parasitária, principalmente em crianças.

A comunidade conta com apoio social de instituições tais como escolas, creches e igrejas, também tem algumas opções de lazer, sindicatos, associações de moradores e projetos comunitários.

1.3.3 Aspectos epidemiológicos

O município caracteriza-se por uma população predominantemente idosa, como demonstrado na tabela 02, portadora de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), cujo controle não é adequado, pois, a aderência terapêutica medicamentosa e não medicamentosa é muito baixa, levando ao aumento nos índices de morbidade por complicações que aparecem no curso dessas doenças quando não controladas da maneira adequada.

Tabela 2. Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, Gurinhatã, 2020

| Condição de Saúde | Quantitativo (nº) |
|---|--------------------------|
| Gestantes | 09 |
| Hipertensos | 504 |
| Diabéticos | 134 |
| Pessoas com doenças respiratórias (asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, enfisema, outras) | 33 |
| Pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral - AVC | 14 |
| Pessoas que tiveram infarto | 08 |
| Pessoas com doença cardíaca | 70 |
| Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros) | 05 |
| Pessoas com hanseníase | 01 |
| Pessoas com tuberculose | 00 |
| Pessoas com câncer | 09 |
| Pessoas com sofrimento mental | 21 |
| Acamados | 15 |
| Fumantes | 155 |
| Pessoas que fazem uso de álcool | 17 |
| Usuários de drogas | 01 |

Fonte: Fichas de cadastro individual dos ACS da ESF (2020)

Segundo fichas de cadastro individual dos ACS da ESF as principais causas de óbitos, internação e doenças de notificação referentes à área de abrangência são: doenças cardiovasculares; doenças do sistema respiratório; neoplasias – metástase. As principais causas de internação são: DPOC/Enfisema pulmonar; doenças cardiovasculares; doenças

gastrointestinais; doenças oncológicas. As principais doenças de notificações: doenças diarreicas; dengue; mordedura por cão, gato, cavalo e morcego; acidente por animal peçonhento. Não houve óbito materno/infantil no ano de 2019.

1.4 Unidade Básica de Saúde Dona Francisca Toscano Cardoso

A UBS Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso está localizada no centro da Cidade, na rua José Floriano Oliveira nº 15, ao lado do Hospital Municipal, com 1789 pessoas cadastradas, foi inaugurada a cerca de uns 13 anos. Uma unidade construída, considerada adequada para o atendimento para população adscrita.

A área física é composta por uma recepção espaçosa, uma sala de triagem/acolhimento- informatizada e climatizada com balança adulto e infantil e aparelho para aferição de Sinais Vitais (SSVV), uma sala de medicação/observação, uma sala de consultório médico, uma sala do consultório odontológico, uma sala de consultório de enfermagem, uma sala para atendimento com mesa ginecológica e aparelho de USG, uma sala de procedimentos/curativos, uma sala para esterilização de material, um expurgo, um depósito de material/deposito, dois banheiros – masculino e feminino, uma copa, cozinha, uma sala grande para reuniões com capacidade média para 60 pessoas, um consultório para psicólogo, uma sala de vacina, uma sala de rede de frio, uma sala de reunião para ACS, uma sala para assistente social.

Considera-se uma estrutura de excelência para atendimento da população, tanto na questão de insumos/materias bem como recursos humanos. Tendo em vista que a UBS está bem equipada como todos os materiais e aparelhos para desempenho das atividades diárias multiprofissionais. Ainda que a estrutura física da unidade seja compatível com a realidade da população e essa conte com instrumentos básicos tais como glicômetro, nebulizador, otoscópio, oftalmoscópio e esfigmomanômetro, há fatores que interferem na adequada prestação de serviço em saúde, como a falta de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento de todas as atividades inerentes a atenção básica.

1.5 A equipe da Estratégia de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso

A equipe é composta pelos seguintes profissionais de saúde: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem- sendo uma vacinadora, uma odontóloga, um técnico de saúde bucal, uma auxiliar dentista e cinco ACS. Ademais, tem o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde de Família (NASF) 3 que atualmente está composto por: fisioterapeuta,

assistente social e nutricionista. Ainda temos psicólogo e educador físico que dá suporte à ESF nas consultas encaminhadas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso

O dia a dia da equipe da ESF Urbana “Dona Francisca Toscano Cardoso” tem como objetivo atender a demanda da área de abrangência, com o funcionamento da unidade de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 horas às 17:00 horas, onde todos os profissionais da equipe estão à disposição da população adscrita para o atendimento agendado e por demanda espontânea.

1.7 O dia a dia da equipe da Unidade de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso

O tempo da equipe está ocupado em agendamento e demanda espontânea. Todos os pacientes são acolhidos na recepção da unidade e encaminhado para escuta qualificada com profissional de saúde - geralmente o técnico de enfermagem ou enfermeira da unidade, que direciona o atendimento para o profissional, os agendamentos para consulta médica estão direcionados para alguns programas como o atendimento pré-natal e Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), puericultura. Ainda existe uma resistência da população quando direcionado o atendimento para outro profissional, tenho uma visão como prioritário o atendimento médico.

Acontecem mensalmente reuniões de promoção e prevenção com os grupos de cada programa como grupo das gestantes, reunião com o grupo de hipertensos e diabéticos por exemplo. Ainda as equipes dão palestras nas escolas locais em parceria com Programa da Saúde na Escola. Temos um fluxo muito grande de pacientes dependentes de medicamentos para saúde mental – para isso a renovação de receita de medicação de receituário especial e receituário azul é muito grande. Também acontece uma vez no mês reunião com toda a equipe para discussão dos problemas emergentes na unidade e alinhamento de meta.

O planejamento é dado pelo perfil demográfico da população e com base nos problemas emergentes na população em parceria com os dados coletados nas fichas de cadastro individual dos ACS. O monitoramento é feito com reunião mensal com enfermeira, médico e ACS é analisada adesão da população ao serviço de saúde oferecido. Uma vez identificados inconformidades na adesão é feito a busca ativa.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade/ Programa Saúde da Família Urbano Dona Francisca Toscano Cardoso (primeiro passo)

Para a identificação dos problemas foi usado a estimativa rápida na área de abrangência/território onde foram produzidas as informações que permitiu conhecer as causas e as consequências dos problemas identificados.

Lista de problemas identificados: HAS; DM2 diabetes; doenças cardiovasculares; doenças do sistema respiratório; saúde mental; desemprego; sedentarismo; população envelhecida; uso exagerado dos benzodiazepínicos; acidente antirrábico humano; acidente por animais peçonhentos; tabagismo; alcoolismo; baixa aderência terapêutica; baixo suporte de exames disponibilizados na rede pública; acesso limitado a serviço de referência de exames de imagem de média e alta complexidade; acesso limitado às especialidades médicas; saneamento básico insuficiente; ausência de contra referência dos pacientes encaminhados.

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

Foi realizado o diagnóstico situacional e identificados os principais problemas da sua comunidade. Com a lista de problemas, em reunião com equipe, foram selecionados os problemas, onde o grupo considerou: a importância do problema, sua urgência, a capacidade do grupo para enfrentá-lo. Os critérios utilizados foram da seguinte forma:

- atribuindo um valor “alto, médio ou baixo” para a **importância** do problema;
- distribuindo pontos conforme sua **urgência**;
- definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da **capacidade de enfrentamento da equipe** responsável pelo projeto;
- classificando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (alta importância, pontuação alta em relação à urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe).

Ao final, cada participante da equipe fez uma síntese dos resultados. A equipe da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso selecionou inicialmente oito problemas relacionados à saúde da comunidade a partir do diagnóstico situacional elaborado: risco de doenças cardiovasculares da população aumentado, DPOC, sedentarismo, saúde mental, tabagismo/alcoolismo, desemprego e saneamento básico insuficiente. Num segundo momento

todos que participaram do diagnóstico fizeram suas avaliações segundo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento do problema. Ao final as avaliações foram sintetizadas na planilha do Quadro 1.

Quadro 1. Classificação de prioridade dos problemas identificados da comunidade adstrita à ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso no município de Gurinhatã – Minas Gerais

| Principais Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção |
|--|---------------------|-------------------|---------------------------------------|----------------|
| Risco das doenças cardiovascular aumentada | Alta | 9 | Parcial | 1 |
| DPOC/Enfisema | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Sedentarismo | Alta | 7 | Parcial | 3 |
| Saúde Mental | Alta | 5 | Parcial | 4 |
| Tabagismo/alcoolismo | Alta | 3 | Parcial | 5 |
| População idosa | Alta | 4 | Fora | 6 |
| Desemprego | Alta | 3 | Fora | 7 |
| Saneamento básico | Média | 4 | Fora | 8 |
| Insuficiente | | | | |

Fonte fichas de cadastro individual dos agentes comunitários de saúde da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, Gurinhatã (2020).

*Alta, média ou baixa

**Total de pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 40 pontos

*** Total, parcial ou fora

Para a equipe da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, o problema “**risco das doenças cardiovascular aumentada**” foi selecionado como Prioridade 1.

2. JUSTIFICATIVA

Os mais importantes fatores de risco comportamentais, tanto para doenças cardíacas quanto para AVC, são dietas inadequadas, sedentarismo, uso de tabaco e uso nocivo do álcool. Os efeitos dos fatores comportamentais de risco podem se manifestar em indivíduos por meio de pressão arterial elevada, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade. Esses “fatores de risco intermediários” podem ser mensurados em UBS e indicam um maior risco de desenvolvimento de ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e outras complicações (OPAS; OMS, 2017, p. 1).

Este tema sobre a intervenção para o risco aumentado de doenças cardiovasculares na estratégia de saúde da família torna-se relevante para estudo, principalmente na UBS Dona Francisca Toscano Cardoso, pois vimos que de acordo com os dados levantados, o risco de aumento de doenças cardiovasculares é aumentado, sendo possível de se mensurar os fatores de risco na Atenção Primária à Saúde, reduzindo assim o aumento de doenças cardíacas, AVC, com o acompanhamento adequado e a realização de uma orientação de qualidade, aproveitando todos os atores e recursos que temos disponíveis na Unidade de Saúde.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo: mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global. Desses óbitos, estima-se que 7,4 milhões ocorrem devido às doenças cardiovasculares e 6,7 milhões devido a acidentes vasculares cerebrais (AVC). Mais de três quartos das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem em países de baixa e média renda. Das 17 milhões de mortes prematuras (pessoas com menos de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, 82% acontecem em países de baixa e média renda e 37% são causadas por doenças cardiovasculares (OPAS; OMS, 2017, p. 1)

No ano de 2019, o município de Gurinhatã teve uma média de internações de 312 levando em consideração o local de residência, desse número 36 foram por doenças do aparelho circulatório. Em relação aos óbitos neste mesmo ano, dos 18 óbitos, cinco foram por doenças do aparelho circulatório (IBGE, 2019).

Estas internações são sensíveis à Atenção Primária à Saúde, ou seja, tanto as internações quanto os óbitos podem ser evitados ou reduzidos o risco para que tais doenças acometam a comunidade com tanta frequência.

Além disso, na Atenção Primária o trato com essas doenças e com comportamentos nocivos é a melhor estratégia para tratar a qualidade de vida das pessoas com uma abordagem muito mais direcionada, com foco no objetivo e construindo novos comportamentos mais saudáveis na comunidade, através de estratégias relativamente simples, como grupos de

tabagismo, grupos de orientações referentes à alimentação e à prática de exercícios físicos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção com objetivo de diminuir os riscos das doenças cardiovasculares na comunidade urbana atendida pela equipe da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, na cidade de Gurinhatã em Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Incentivar o controle pressórico e de glicemia dos pacientes hipertenso e diabéticos;
- Promover a mudança do estilo de vida, com adesão a atividade física e mudanças dos hábitos alimentares;
- Promover a redução do uso do cigarro junto aos usuários da ESF;
- Promover a diminuição no uso do álcool;
- Promover adesão ao uso correto das medicações.

4 METODOLOGIA

Para realizar esse Trabalho de Conclusão de curso foi utilizado como metodologia o Planejamento Estratégico Situacional (PES), método que realiza a estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações de acordo com Faria, Campos; Santos (2018).

O método foi utilizado para levantar os problemas existentes no território da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso e sua relevância de acordo com o grau de governança que a equipe tem sobre os mesmos. Também foi utilizado o PES para classificar e priorizar os problemas identificados no diagnóstico situacional e definir o problema prioritário, sobre o qual será elaborado o plano de intervenção/plano de ação do problema prioritário de acordo Faria, Campos; Santos (2018).

Por outro lado, foi consultado a Biblioteca Virtual em Saúde, para a busca de artigos científicos da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) por meio dos seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Risco Cardiovascular. documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica foram utilizados.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doenças cardiovasculares

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por mais de 17,9 milhões de morte no ano de 2017. Quatro em cada cinco mortes por DCV são devido a ataques cardíacos e derrames, e um terço dessas mortes ocorrem prematuramente em pessoas com menos de 70 anos de idade. Mais de três quartos das mortes por DCV ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2017).

“As DCV são alterações no funcionamento do sistema cardíaco, sendo este responsável por transportar oxigênio e nutrientes necessários às células para essas executarem suas tarefas” (MAGALHÃES *et. al.*, 2014, p. 395). De acordo com estudos disponíveis na literatura podemos observar que as DCV acometem mais os idosos, no entanto podem se desenvolver ainda na infância onde estrias gordurosas precursoras das placas de ateroma aparecem na camada íntima da aorta aos três anos de idade e nas coronárias durante a adolescência, e como são manifestadas somente na idade adulta, resulta de complexa interação entre uma variedade de fatores de risco que podem ter origem nestas fases mais precoces da vida (SANTOS *et. al.*, 2018).

5.2 Fatores de risco das doenças cardiovasculares

Os fatores de risco de DCV são divididos em modificáveis ou comportamentais tais como: tabagismo, obesidade, sedentarismo e hábito alimentar e os fatores de risco não modificáveis ou biológicos tais como: idade, sexo, herança familiar para hipertensão e diabetes (SOUSA, 2018).

Salci; Meirelles; Silva (2018) repensaram o cuidado a partir da atenção primária onde enfatizam que as práticas de alimentação inadequadas se fazem necessárias ações de educação e promoção da saúde para portadores de HAS e DM2 como ações para promover e incentivar bons hábitos alimentares. No tocante às mortes atribuíveis às DCV, o principal fator de risco no mundo é a pressão arterial elevada (13%), seguido por uso de tabaco (9%), alteração da glicose no sangue (6%), inatividade física (6%), excesso de peso e obesidade (5%) e dislipidemia (4%). Esses fatores de risco comportamentais e metabólicos frequentemente coexistem numa mesma pessoa e atuam em sinergia de modo a aumentar o risco total individual para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares agudos, tais como o infarto agudo do miocárdio e o AVC (WHO, 2010). No Brasil, aproximadamente um terço dos

óbitos por DCV ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos (BRASIL, 2010).

Analisando a citação acima faz-se necessário que sejam eDM2 que dentro dessas ações o foco principal seja o incentivo a prática de esportes e da inclusão de uma alimentação mais saudável no dia a dia (BRASIL, 2010).

Toda atividade educativa em saúde requer um processo de avaliação constante, sempre visando à melhoria das ações implementadas e com o objetivo de aumentar a sensibilização dos participantes para o alcance da melhoria da qualidade de vida (MENDONÇA; NUNES, 2015).

5.3 Prevenção às doenças cardiovasculares

As doenças crônicas não transmissíveis são uma das maiores preocupações do sistema público de saúde, bem como é um desafio dos profissionais, pois para tratá-las vai além de medicamentos depende muito do autocuidado, alimentação saudável, atividade física e hábitos de vida saudáveis para evitar como também para manter o seu controle (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014, p.266)

Isso se dá devido ao modo de vida que as pessoas vivem, pois na grande maioria as pessoas conhecem a HAS e o DM2 depois que são diagnosticadas com eles. Ou seja, sempre procuram o atendimento médico para ações imediatistas, isso faz com que estes números cresçam cada vez mais, pois não é cultural, sobretudo no Brasil, hábitos alimentares e atividades físicas saudáveis (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Para isso é necessário que se faça a estratificação do hipertenso baseando-se nos fatores de risco e níveis pressóricos que o indivíduo apresenta. Dessa forma é possível calcular seu risco cardíaco global e determinar o risco coronariano do mesmo (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

Diabetes mellitus

De acordo com a *American Diabetes Association* (2011), o Diabetes Mellitus (DM) é uma desordem metabólica de etiologia múltipla e, se caracteriza por distúrbios dos carboidratos, gorduras e proteínas, resultando em defeitos na secreção e na ação da insulina. A longa exposição proporciona efeitos danosos em vários órgãos e sistemas, especialmente nos olhos, rins, nervos, vasos e coração.

O controle metabólico de indivíduos com a doença em evolução consiste em um dos maiores desafios dos serviços de saúde pública, por isso o desenvolvimento de programas eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde para a prevenção primária de DM 2 em população de risco é necessário tanto para o controle de incidência de DM 2 como também para a prevenção secundária de suas complicações metabólicas (DONAHUE; ORCHARD, 1992; ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002).

Tabagismo

O tabagismo pode provocar diversas doenças e mesmo com toda informação disponível sobre os males que esse vício pode causar infelizmente o número de pessoas fumantes é muito grande (BRASIL, 2011a).

Atualmente podemos ver em lugares públicos advertências para que não se faça uso de cigarros em locais públicos e em alguns locais existe área apropriada para os fumantes (BRASIL, 2011a).

Inclusive temos no Brasil o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA,

(...) a prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco relacionadas no país (BRASIL, 2011a, s.p).

Sedentarismo

O sedentarismo é definido como a falta, ausência ou redução de atividades que envolvem um gasto calórico reduzido. É o conjunto de comportamentos adotados que não elevam o gasto energético acima dos níveis de repouso (OLIVEIRA *et. al.*, 2018).

A prática de atividade física adequada é aquela realizada pelo menos 30 minutos diários, de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelos menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais

dias da semana (BRASIL, 2011b).

População envelhecida

Nas últimas décadas os idosos no Brasil têm recebido grande destaque na mídia, mas infelizmente as notícias não são boas. De acordo com as notícias o Brasil é um país que está envelhecendo rapidamente e através desse envelhecimento tão acelerado vão surgindo diversas demandas que necessitam de políticas públicas para garantir a esses idosos uma melhor qualidade de vida (OPAS; OMS, 2018).

- Entre 2015 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos quase dobrará de 12% para 22%.
- Em 2020, o número de pessoas com 60 anos ou mais será superior ao de crianças com menos de cinco anos.
- Em 2050, 80% das pessoas idosas viverão em países de baixa e média renda.
- O ritmo de envelhecimento da população é muito mais rápido do que no passado.
- Todos os países enfrentam grandes desafios para garantir que seus sistemas sociais e de saúde estejam prontos para aproveitar ao máximo essa mudança demográfica (OPAS; OMS, 2018, p. 1)

Ao entrar em processo de envelhecimento os usuários acabam por terem complicações em sua saúde, sendo que na maioria das vezes precisam de cuidados especiais por parte da família, instituições ou cuidadores (OPAS; OMS, 2018).

As condições mais comuns na idade avançada são perda auditiva, cataratas e erros refrativos, dor nas costas e pescoço, osteoartrite, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, depressão e demência. Além disso, ao envelhecerem, as pessoas ficam mais propensas ao experimentar várias dessas condições ao mesmo tempo (OPAS; OMS, 2018, p. 1).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Para seleção da prioridade 1 risco de doenças cardiovasculares aumentada foi feito levantamento através dados coletados ACS, de posse a os dados das condições de saúde da população da área de abrangência.

O risco de DCV aumentado tornou-se uma preocupação para a população adscrita da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, com base nos dados levantados na ficha de individual de cadastro do ACS no território. Pela estimativa rápida foi evidenciado os principais fatores: 504 hipertensos, 134 diabéticos, 155 tabagistas, 17 alcoolistas, dentre estes 14 sofreram AVC e 70 com alguma doença cardíaca. Observa-se que das 1789 pessoas em estudo: 45,2% apresentam pelo menos um fator de risco para Doença Cardiovascular, sendo que 28,1% sofrem de HAS, 7,4% sofre de DM2, 8,2% tabagista, segundo as fichas de cadastro individual dos ACS da ESF, 2020).

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

O risco da DCV aumentar na população da Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, está em embasada no perfil epidemiológico da condição de saúde representada anteriormente e consolidado no quadro 1, que destaca com precisão os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OPAS, OMS, 2017), os mais importantes fatores de risco comportamentais, tanto para doenças cardíacas quanto para AVC, são dietas inadequadas, sedentarismo, uso de tabaco e uso nocivo do álcool. Os efeitos dos fatores comportamentais de risco podem se manifestar em indivíduos por meio de pressão arterial elevada, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade.

Vários fatores estão associados às principais causas das DCV, “observa-se que um problema pode levar outro problema”, exemplo: um paciente que é hipertenso e não faz uso correto das medicações, não tem hábitos saudáveis de alimentação e uma vida sedentária é forte candidato a desencadear as DCV, por exemplo um AVC. É válido ressaltar que o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico são determinantes gerais que interferem diretamente na saúde da pessoa, uma vez inadequado. Os determinantes imediatos

destacam-se: hábitos e estilos de vida, nível de pressão social e nível de informação. A estrutura do sistema de saúde e o processo de trabalho destacam-se como os determinantes estruturais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Segundo Faria, Campos; Santos (2018) “a identificação das causas do problema selecionado é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas”. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar sobre quais causas devemos atacar. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas como mais importante origem do problema, ou seja, as que precisam ser enfrentadas.

Para identificação dos “nós críticos” foi usado o quadro 2 - o perfil epidemiológico da condição de saúde da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, destacando as prioridades aos principais “nós críticos” para traçar um plano estratégico situacional, descritos em seguida.

- Hipertensão e Diabetes.
- Sedentarismo.
- Tabagismo.
- População envelhecida.
- Alcoolismo.
- Baixa terapêutica.

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 passo)

Quadro 2. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Número elevado de pacientes com hipertensão e diabetes (baixa adesão terapêutica e não adesão ao estilo de vida)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso no município de Gurinhatã – Minas Gerais

| Nó crítico 1 | Número elevado de pacientes com hipertensão e diabetes (baixa adesão terapêutica e não adesão ao estilo de vida) |
|---|--|
| 6º passo. Operação | Promover o monitoramento rigoroso do uso correto das medicações |
| 6º passo. Projeto | “Saúde em primeiro lugar” |
| 6º passo. Resultados esperados | Diminuir o sedentarismo, tabagismo, obesidade, alcoolismo, no prazo de 01 ano. |
| 6º passo. Produtos Esperados | Promover a adesão da atividade física no mínimo 03 vezes na semana ou 150 min semanal Produtos Esperados Exercício físico diário com educador físico ou fisioterapeuta. Grupo operativo com realização de reuniões mensais e monitoramento. Campanha educativa na rádio local: aos três meses: formato e duração de programas definidos; conteúdo definidos, definição pela emissora local; Participação do médico e psicólogo; Controle rigoroso ao uso de medicação. Programa de depoimento de pessoas que cessaram o cigarro. |
| 6º passo. Recursos necessários | Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. |
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Prefeito (motivação favorável) Direção de imprensa (motivação favorável) Secretária de Saúde (motivação favorável) Reuniões multiprofissionais com participação da família |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) (gerentes) e prazo | Médico e enfermeira Início em 05/01/2021 – Término 05/03/2021 |
| 10º passo. Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento pela a visita dos ACS- Ficha individual do cadastro da família, a cada 15 dias. |

Fonte: Elaborado pela equipe da ESF Urbana Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Minas Gerais

Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Sedentarismo (mudança do estilo de vida e adesão a atividade física” no território da equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg

| Nó crítico 2 | Sedentarismo (mudança do estilo de vida e adesão a atividade física) |
|---|--|
| 6º passo. Operação | Encorajar a modificação dos hábitos e estilo de vida, adesão da atividade física diária. |
| 6º passo. Projeto | “Saúde em primeiro lugar” |
| 6º passo. Resultados esperados | Diminuir o número de sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo. |
| 6º passo. Produtos Esperados | Programa de caminhada e exercício físico orientada pelo educador físico e fisioterapeuta em cada micro área: aos três meses; Campanha educativa na rádio local: aos três meses: formato e duração de programas definidos; Conteúdo definidos, definição pela emissora local; Participação do nutricionista para controle de uma alimentação saudável. |
| 6º passo. Recursos necessários | Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, criação do espaço de hidroginástica |
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Prefeito (motivação favorável) Direção de imprensa (motivação favorável). Secretária de Saúde (motivação favorável); Coordenação da Atenção básica de Saúde (motivação favorável); |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) (gerentes) e prazo | Médico e enfermeira Início em 05/01/2021 – Término 05/03/2021 |
| 10º passo. Gestão do plano: amento e avaliação das ações | Monitoramento pela a visita dos ACS- Ficha individual do cadastro da família, a cada 15 dias. |

Fonte: Elaborado pela equipe do PSF Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-MG

Quadro 4. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Tabagismo aumenta o risco das doenças cardiovasculares ” no território equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg

| Nó crítico 3 | Tabagismo aumenta o risco das doenças cardiovasculares |
|---|---|
| 6º passo. Operação | Classificação da mobilidade do idoso em: robusto, pré-frágil e frágil |
| 6º passo. Projeto | “Saúde em primeiro lugar” |
| 6º passo. Resultados esperados | Melhorar a qualidade de vida do idoso, amenizando o risco das doenças cardiovasculares. |
| 6º passo. Produtos Esperados | Programa de caminhada orientada para os que estão com mobilidade preservada, fisioterapia de reabilitação para os com mobilidade prejudicada; Programa de caminhada e exercício físico orientada pelo educador físico e fisioterapeuta em cada microárea: aos três meses; Campanha educativa na rádio local: aos três meses: formato e duração de programas definidos; conteúdo definidos, definição pela emissora local; Participação do nutricionista para controle de uma alimentação saudável; Controle rigoroso ao uso de medicação. |
| 6º passo. Recursos necessários | Cognitivo: pouca informação sobre a importância do tema Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço e fisioterapeuta Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, piscina de hidroginástica etc; |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço e fisioterapeuta Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, piscina de hidroginástica etc |
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Prefeito (motivação favorável) Direção de imprensa (motivação favorável) Secretária de Saúde (motivação favorável) Coordenação da Atenção básica de Saúde (motivação favorável). Reuniões multiprofissionais com participação da família, cuidador ou responsáveis. |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) (gerentes) e prazo | Médico e enfermeira Início em 05/01/2021 – Término 05/03/2021 |
| 10º passo. Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento pela a visita dos ACS- Ficha individual do cadastro da família, a cada 15 dias. |

Fonte: Elaborado pela equipe do PSF Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-MG

Quadro 5. Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “População Envelhecida (micro área alto índice de pessoas > de 60 anos)” no território da equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg

| Nó crítico 4 | População Envelhecida (micro área alto índice de pessoas > de 60 anos) |
|---|---|
| 6º passo. Operação | Encorajar o cessamento do uso do cigarro |
| 6º passo. Projeto | “Saúde em primeiro lugar” |
| 6º passo. Resultados esperados | Diminuir o número de pessoas tabagistas. |
| 6º passo. Produtos Esperados | Grupo de tabagista com reuniões mensais e monitoramento. |
| 6º passo. Recursos necessários | Cognitivo: pouca informação sobre a importância do tema/ dependência da nicotina. Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço e fisioterapeuta Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, medicação que ajude inibir o uso da nicotina |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Político: profissional para acompanhamento as atividades físicas e o espaço e fisioterapeuta Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, grupo educativo com reuniões mensais |
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Prefeito (motivação favorável) Direção de imprensa (motivação favorável) Secretária de Saúde (motivação favorável) Coordenação da Atenção básica de Saúde (motivação favorável). Equipe multiprofissional incluindo médico e psicólogo. Reuniões multiprofissionais com participação dos usuários de tabagista |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) (gerentes) e prazo | Médico e enfermeira Início em 05/01/2021 – Término 05/03/2021 |
| 10º passo. Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento pela a visita dos ACS- Ficha individual do cadastro da família, a cada 15 dias. Encontro a cada 30 dias com os tabagistas. |

Fonte: Elaborado pela equipe do PSF Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-MG

Quadro 6. Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Alcoolismo- aumenta o risco das doenças cardiovascular.” no território equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg

| Nó crítico 5 | Alcoolismo- aumenta o risco das doenças cardiovascular. |
|---|--|
| 6º passo. Operação | Incentivar a modificação do estilo de vida diminuindo o uso de álcool. |
| 6º passo. Projeto | “Saúde em primeiro lugar” |
| 6º passo. Resultados esperados | Diminuir o uso de álcool. |
| 6º passo. Produtos Esperados | Grupo alcoólico anônimos com reuniões mensais e monitoramento. Grupo operativo com realização de reuniões mensais e monitoramento. Campanha educativa na rádio local: aos três meses: formato e duração de programas definidos; conteúdo definidos, definição pela emissora local; Participação do médico e psicólogo; Controle rigoroso ao uso de medicação. Programa de depoimento de pessoas que diminui o uso do etanol. |
| 6º passo. Recursos necessários | Cognitivo: pouca informação sobre a importância do tema/ dependência do etanol; Político: profissional para acompanhamento psicossocial, médico psiquiátrico; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, medicação que ajude inibir o uso do etanol |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Político: profissional para acompanhamento psicossocial, médico psiquiátrico; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, medicação que ajude inibir o uso do etanol. |
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Prefeito (motivação favorável) Direção de imprensa (motivação favorável) Secretária de Saúde (motivação favorável) Coordenação da Atenção básica de Saúde (motivação favorável). Reuniões com equipe multiprofissional incluindo médico psiquiátrico e psicólogo |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) (gerentes) e prazo | Médico e enfermeira Início em 05/01/2021 – Término 05/03/2021 |
| 10º passo. Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento pela visita dos ACS- Ficha individual do cadastro da família, a cada 15 dias. |

Fonte: Elaborado pela equipe do PSF Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-MG.

Quadro 7. Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “Baixa aderência terapêutica (população de baixa escolaridade)” no território da equipe do Programa Saúde da Família Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-Mg

| Nó crítico 6 | Baixa aderência terapêutica (população de baixa escolaridade) |
|---|--|
| 6º passo. Operação | Monitorar rigorosamente o uso correto das medicações |
| 6º passo. Projeto | “Saúde em primeiro lugar” |
| 6º passo. Resultados esperados | Acompanhar diariamente o uso das medicações pelo familiar, em caso de impossibilidade pelo ACS. |
| 6º passo. Produtos Esperados | Controle da pressão arterial e da glicemia em 70% do público alvo; Grupo operativo com realização de reuniões mensais e monitoramento. Campanha educativa na rádio local: aos três meses: formato e duração de programas definidos; conteúdo definidos, definição pela emissora local; Controle rigoroso ao uso de medicação com participação do familiar ou cuidador ou responsável; |
| 6º passo. Produtos Esperados | Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: Profissional de saúde para monitoramento; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. |
| 7º passo. Viabilidade do plano. Recursos críticos | Político: profissional para acompanhamento as atividades para monitoramento do uso correto conforme prescrição médica; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. |
| 8º passo. Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas | Prefeito (motivação favorável) Família (motivação favorável) Secretária de Saúde (motivação favorável) Reuniões multiprofissionais com participação da família |
| 9º passo. Acompanhamento do plano. Responsável (eis) (gerentes) e prazo | Médico e enfermeira Início em 05/01/2021 – Término 05/03/2021 |
| 10º passo. Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento pela a visita dos ACS- Ficha individual do cadastro da família, a cada 15 dias. |

Fonte: Elaborado pela equipe do PSF Urbano: Dona Francisca Toscano Cardoso, município de Gurinhatã-MG

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste plano e intervenção foi possível verificar a importância de abordar a prevenção das DVC no âmbito da atenção básica, visto que é neste nível de atenção que se encontra maior número de pessoas para se realizar ações de prevenção e promoção à saúde.

É preciso considerar que na maioria das vezes as DCV estão acompanhadas de outras morbidades, principalmente HAS e DM, além do sedentarismo e tabagismo, os quais principalmente contribuem para o agravamento destas. Por isso é fundamental trabalhar a promoção da saúde por meio do incentivo de melhora de hábitos de vida saudáveis, além da informação da gravidade de tais comorbidades e do incentivo à prática de atividade física constante, como também incentivar alimentação saudável.

As intervenções propostas pretendem atender a todos os aspectos possíveis da comunidade, considerando as particularidades da comunidade, e as orientações normativas e as diretrizes do Ministério de Saúde. Há vários desafios para execução dos projetos, dentre eles mudança a cultural da comunidade e capacitação dos profissionais de saúde.

Portanto, trabalhar a prevenção das DCV é contribuir para qualidade de vida das pessoas da comunidade, bem como contribuir para o aperfeiçoamento da política de saúde, além de contribuir para redução de gastos saúde pública.

Estamos longe de encerrar os desafios sobre tal temática, porém abordar as DCV no âmbito da atenção primária significa valorizar este nível de atenção no SUS, bem como considerar o seu impacto positivo para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**; v. 34, n. 1, p. 62-69, ~~Jan.~~ 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006051/>>. Acesso em: 5 dez. 2020.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; COSTA; J.S.D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, vol.18, n.1, pp.205-211, 2002.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública**, v.35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.4279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, online, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M.G.. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 265-278, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2021.

DONAHUE, R.P.; ORCHARD, T.J. **Diabetes mellitus and macrovascular complications: an epidemiological perspective**. *Diabetes Care*, vol. 1. n.1. p. 1141-1155, 1992.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Nescon/UFMG; 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2021.

GURINHATÃ. PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHATÃ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014-2017. 2020. **Plano Municipal de Saúde**. Disponível em <<http://cistri.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/GURINHAT%C3%83.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2020.

GURINHATA. PREFEITURA DE GURINHATA **História de Gurinhatã**. Dezembro de 2020. Disponível em: <<http://gurinhata.mg.gov.br/index.php/historia/#:~:text=Gurinhat%C3%A3%20surgiu%20co>>

mo%20povoado%20no,no%20entender%20do%20historiador%20Dr.>Acesso em 13 mar.2021

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados referente a expectativa do ano de 2019**. 2019. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 05 mai.2020.

MAGALHAES, F. J. et al . Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 394-400, June 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300394&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2021.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde; OMS. Organização Mundial da Saúde. **Doenças cardiovasculares**, revisado em 2017, Acesso em: 29 jun. 2020. Disponível:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096> Acesso em: 09 dez. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde; OMS. Organização Mundial da Saúde. **Doenças cardiovasculares**, revisado em 2018. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 14 fev. 2021

OLIVEIRA, D.V. et al. O comportamento sedentário é um fator interveniente na prática de atividade física no idoso? Rio de Janeiro, **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 21 n.4, p. 472-479, 2018

PIMENTA, H. B; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601731&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. SR.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100214&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 17 jan. 2021.

SANTOS, A. M. et. al., Fatores de risco para hipertensão em jovens universitários. Salvador, **Rev.Ciênc. Méd. Biol.**, v. 17, n. 1, p. 52-60, 2018

SOUSA, R. S.. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes: riscos biológicos e comportamentais**. 2018. 26f. Trabalho de conclusão de curso- Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 2018. Disponível em:<<http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/bitstream/riuea/1026/1/Fatores%20de%20risco%20para%20doen%20as%20cardiovasculares%20em%20adolescentes%20riscos%20biol%20e%20comportamentais.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Cardiovascular diseases** (CVD). 2017. Disponível em: <[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))> Acesso em: 13 mar. 2021