

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

Josiene Gomes Pereira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS RISCOS
CARDIOVASCULARES E COMPLICAÇÕES EM MORADORES DA ÁREA RURAL
DO MUNICÍPIO DE VARJÃO DE MINAS – MINAS GERAIS**

Uberaba – Minas Gerais

2020

Josiene Gomes Pereira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS RISCOS
CARDIOVASCULARES E COMPLICAÇÕES EM MORADORES DA ÁREA RURAL
DO MUNICÍPIO DE VARJÃO DE MINAS – 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. Grace Kelly Naves
de Aquino Favarato

Uberaba – Minas Gerais

2020

Josiene Gomes Pereira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS RISCOS
CARDIOVASCULARES E COMPLICAÇÕES EM MORADORES DA ÁREA RURAL
DO MUNICÍPIO DE VARJÃO DE MINAS – 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. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

Banca examinadora

Profa. Dra. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato - orientadora (UFTM)

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 25/08/2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que são a razão da minha vida;

Aos meus pacientes, que todos os dias me ensinam como ser uma pessoa melhor;

À minha orientadora por sua atenção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me ajudou em todos os momentos dessa caminhada.

A minha equipe de trabalho que com muito carinho dedicaram vários momentos de seu descanso para acompanhar-me na elaboração de meu Trabalho de Conclusão do Curso.

A minha atenciosa orientadora e a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a realizar esse trabalho, agradeço por acreditarem no meu potencial, nas minhas ideias e nos meus sonhos.

A Nescon /UFMG que ofereceu este curso de especialização que me abriu novos horizontes.

RESUMO

Esse trabalho justifica-se pelo número de pacientes da área adscrita que apresentam doenças cardiovasculares. Sabe-se que os processos patológicos do aparelho cardiovascular estão entre as principais causas de óbitos no mundo todo. Dessa forma, o objetivo principal desse estudo foi elaborar um plano de intervenção para promoção em saúde e prevenção das doenças cardiovasculares e suas complicações, contribuindo para melhorar qualidade de vida desses pacientes e indiretamente de seus familiares. A proposta de intervenção foi elaborada a partir de revisão bibliográfica sobre as Doenças Cardiovasculares e suas complicações tendo como referência o período de 2000-2018. O tema Doenças Cardiovasculares e suas complicações foi levantado em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes descritores: Atenção primária à saúde, doenças cardiovasculares e complicações, além de buscas em documentos de órgãos públicos como o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Município, a fim de criar um projeto de intervenção na área da abrangência da Equipe de Saúde 3 de Varjão de Minas. Com a execução adequada da proposta de intervenção criada, obteremos, após um determinado período, uma maior conscientização da população com melhoria à mudança de hábitos saudáveis, e maior conhecimento acerca das doenças cardiovasculares e suas complicações e da importância de se manter um estilo de vida mais saudável.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doenças Cardiovasculares. Complicações.

ABSTRACT

This work is justified by the number of patients in the enrolled area who have cardiovascular diseases. It is known that the pathological processes of the cardiovascular system are among the main causes of death worldwide. Thus, the main objective of this study was to develop an intervention plan to promote health and prevent cardiovascular diseases and their complications, contributing to improve the quality of life of these patients and indirectly of their families. The intervention proposal was developed based on a bibliographic review on Cardiovascular Diseases and their complications, taking the period 2000-2018 as a reference. The theme Cardiovascular Diseases and their complications was raised in databases of the Virtual Health Library, with the following descriptors: Primary health care, cardiovascular diseases and complications, in addition to searches in documents from public agencies such as the Ministry of Health, Municipal Health Secretariat, in order to create an intervention project in the area covered by the Health Team 3 of Varjão de Minas. With the proper execution of the intervention proposal created, we will obtain, after a certain period, a greater awareness of the population with improvement to the change in healthy habits, and greater knowledge about cardiovascular diseases and their complications and the importance of maintaining a lifestyle. healthier.

Keywords: Primary Health Care. Cardiovascular Diseases. Complication.

| | |
|-----|--------------------------------|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| ECG | Eletrocardiograma |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| MS | Ministério da Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Aspectos demográficos da população da Zona Rural de Varjão de Minas..... | 13 |
| Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos da população da Zona Rural de Varjão de Minas..... | 13 |
| Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 3, Unidade Básica de Saúde Zona Rural, município de Varjão de Minas, estado de Minas Gerais..... | 17 |
| Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Doenças Cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município Varjão de Minas, estado de Minas Gerais..... | 29 |
| Quadro 5– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Doenças Cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município Varjão de Minas, estado de Minas Gerais..... | 30 |
| Quadro 6– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Doenças Cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município Varjão de Minas, estado de Minas Gerais..... | 31 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Aspectos gerais do município..... | 11 |
| 1.2 Aspectos da comunidade rural..... | 12 |
| 1.3 Aspectos epidemiológicos..... | 13 |
| 1.4 O Sistema Municipal de Saúde..... | 13 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família Joana Maria Alves..... | 14 |
| 1.6 O funcionamento da UBS Mário Barbosa de Oliveira que abriga a Equipe Joana Maria Alves | 15 |
| 1.7 O dia a dia da Equipe Joana Maria Alves..... | 15 |
| 1.8 Estimativa rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)..... | 16 |
| 1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção (Segundo passo)..... | 16 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 18 |
| 3 OBJETIVOS | 19 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 19 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 19 |
| 4 METODOLOGIA | 20 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 21 |
| 5.1 Estratégia Saúde da Família..... | 21 |
| 5.2 Atenção Primária a Saúde..... | 22 |
| 5.3 Doenças Cardiovasculares..... | 23 |
| 5.3.1 Hipertensão..... | 23 |
| 5.3.2 Infarto Agudo do Miocárdio..... | 24 |
| 5.3.3 Acidente Vascular Cerebral..... | 25 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 27 |
| 6.1 Descrição dos problemas selecionados (terceiro passo)..... | 27 |
| 6.2 Explicação dos problemas selecionados (quarto passo)..... | 27 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)..... | 28 |
| 6.4 Desenho das operações.(sexto passo)..... | 29 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS | 33 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Varjão de Minas localiza-se na região Noroeste de Minas Gerais, apresentando uma população de 7.036 habitantes conforme estimativa do IBGE para o ano de 2019 (IBGE, 2018). Foi emancipada em 29/12/1995, pela lei Estadual nº 12.030, quando a região ainda pertencia territorialmente ao município de São Gonçalo do Abaeté.

O município de Varjão de Minas possui uma área de 651,61km². Partindo de Belo Horizonte, tem-se acesso a sede municipal de Varjão de Minas, através da BR 040, saída para Brasília/DF. A distância a ser percorrida é de 400 km. O município tem a rodovia BR 365 como principal fonte de acesso. Por ser servido por esta, desfruta de um leque grande de serviços prestados por empresas de ônibus (IBGE, 2018).

A cidade teve um crescimento populacional importante na última década em função da presença da usina de cana-de-açúcar na região - WD AGROINDUSTRIAL, que atrai uma parcela significativa de migrantes que vem em busca de trabalho e melhores condições de vida. Além da empresa supracitada outras do setor agropecuário e extrativista geram empregos e fomentam a economia municipal (PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJÃO DE MINAS, 2019).

O município vive basicamente da agricultura cana de açúcar, soja, milho, indústria, granja suína de subsistência, plantio de café e pecuária de subsistência, cuja produção, em sua quase totalidade, é direcionada para abastecimento e consumo local. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando a frente da administração municipal ao longo de décadas. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: preserva suas festas religiosas, se destacam pelos rituais, em especial, a Festa de Nossa Senhora da Guia, padroeira da cidade. Na área da saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimentos de urgências e emergências (PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJÃO DE MINAS, 2019).

O município é composto por 15 bairros: Beija flor, Centro, Barro Preto, Bela Vista, Boa Vista, Campo Belo, Lagoa Seca, Paraíso do Sol Nascente, Pedro Andalécio

1 e Pedro Andalecio 2, Planalto, Dona Neca, Plenitude, Andorinhas, Esplendor e 3 distritos: São Domingos, Lagoa Seca e Corte (PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJÃO DE MINAS, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade Rural

O território da Zona Rural é composto pelas comunidades de São Domingos, Lagoa Seca e Corte. Povoados localizados a cerca de 40 km da sede do município de Varjão de Minas. Tem uma população aproximada de 2.500 habitantes que são, em sua maioria, produtores rurais, desempregados, trabalhadores sem renda fixa, comerciários, empregados domésticos e empregados de empresas privadas.

A população apresenta nível baixo de escolaridade e alto índice de analfabetismo. Observa-se a existência de índices moderados de gravidez indesejada na adolescência. A carência de cuidados básicos com as crianças, principalmente menores de um ano é significativa e culmina com piora dos indicadores de saúde nessa faixa etária. Foca-se no atendimento multiprofissional envolvendo o profissional médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, nutricionista e cirurgião dentista.

Há forte atuação da “associação quilombola” na comunidade da Corte com reivindicações e iniciativas para melhoria das condições de vida da população. Além da comunidade quilombola essas localidades apresentam uma igreja e uma escola em cada localidade, praça pública com uma quadra de futebol para o lazer dos moradores. A água é proveniente de riachos próximos com baixo saneamento básico, alguns resíduos do esgoto são escoados para sistemas de fossas domiciliares.

Quadro 1- Aspectos demográficos da população da Zona Rural do município de Varjão de Minas

| Faixa etária/ano | Masculino | Feminino | Total |
|------------------|-----------|----------|-------|
| < 1 | 2 | 1 | 3 |
| 1-4 | 15 | 20 | 35 |
| 5-14 | 60 | 55 | 115 |
| 15-19 | 34 | 40 | 74 |
| 20-29 | 41 | 36 | 77 |

| | | | |
|-------|-----|-----|-------|
| 30-39 | 60 | 50 | 110 |
| 40-49 | 90 | 100 | 190 |
| 50-59 | 110 | 120 | 230 |
| 60-69 | 50 | 60 | 110 |
| 70-79 | 120 | 125 | 245 |
| ≥ 80 | 40 | 45 | 85 |
| TOTAL | 622 | 652 | 1.274 |

Fonte: e-SUS (2019).

1.3 Aspectos epidemiológicos

Foi possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população.

Quadro 2 -Aspectos epidemiológicos da população da Zona Rural de Varjão de Minas

| Condição de Saúde | N |
|--|-----|
| Gestantes | 12 |
| Hipertensos | 186 |
| Diabéticos | 90 |
| Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras) | 09 |
| Pessoas que tiveram AVC | 18 |
| Pessoas que tiveram infarto | 12 |
| Pessoas com doença cardíaca | 25 |
| Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros) | 08 |
| Pessoas com hanseníase | 03 |
| Pessoas com tuberculose | 02 |
| Pessoas com câncer | 13 |
| Pessoas com sofrimento mental | 42 |
| Acamados | 06 |
| Fumantes | 150 |
| Pessoas que fazem uso de álcool | 96 |
| Usuários de drogas | 16 |

Fonte:e-SUS(2019).

1.4O Sistema Municipal de Saúde

Há cerca de 10 anos o município adotou a Estratégia da Saúde da Família (ESF) para reorganização da atenção básica e conta hoje com duas equipes na zona urbana e uma equipe na zona rural, cobrindo 100% da população (PREFEITURA MUNICIPALDE VARJÃO DE MINAS, 2019).

O município conta com três ESF, sendo que duas se localizam na zona urbana e uma na zona rural. Os atendimentos mais agudos, emergenciais e de urgência que não são resolvidos na ESF, os quais necessitam de um suporte melhor são

encaminhados ao Centro de Saúde (mini-hospital). Serviços que exigem alta complexidade são encaminhados para Hospital Regional de Patos de Minas, Hospital do Câncer de Barretos-SP e Hospital das Clínicas de Uberlândia-MG.

Sistema de apoio é composto por rede de computadores, oftalmoscópio, otoscópio, sonar obstétrico, apoio farmacêutico. Semanalmente acontecem reuniões de matriciamento e suporte multiprofissional, assim como educação permanente. O Transporte é realizado por ambulância e carro pequeno. São duas ambulâncias no município e três carros. Os pacientes são regulados através de um sistema chamado Susfácil, que gere os encaminhamentos de usuários para hospitais de alta complexidade. A rede de saúde municipal aderiu ao Prontuário Eletrônico do Cidadão, onde são registrados os atendimentos realizados.

O modelo predominante de demanda é o das condições crônicas, o paciente além do cuidado continuado (longitudinalidade), quando atendido em clínicas especializadas retorna à unidade e, caso necessário, é encaminhado novamente ao retorno com o especialista para dar continuidade ao tratamento. A falta de recursos para realizar exames mais complexos como: tomografia, ressonância e ainda o tempo de espera de algumas cirurgias e de especialidades são problemas que o município apresenta.

1.5A Equipe de Saúde da Família Joana Maria Alves

A Equipe de Saúde da Família (eSF) Joana Maria Alves é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS). Realiza atendimentos dentro de sua UBS e nas localidades rurais adscritas. Desenvolve grupo de Hipertensão, atendimentos de puericultura, pré-natal, visita-domiciliar, coleta de material para exame de Papanicolau, consultas agendadas, planejamento familiar e encaminhamento para as especialidades, quando necessário.

1.6O funcionamento da Unidade de Saúde Mário Barbosa de Oliveira que abriga a Equipe Joana Maria Alves

A Unidade Básica de Saúde Mário Barbosa de Oliveira que abriga a Equipe de Saúde da Família Joana Maria Alves, está situada em uma das principais ruas do

bairro, próximo a Escola Estadual João Pereira Brandão. Trata-se de uma unidade própria, construída de acordo com critérios do Ministério da Saúde para abrigar duas equipes de Saúde da Família em concomitância. Nela, atualmente, atuam as Equipes de Saúde da Família 2 e 3, bem como recebe atendimentos de Psiquiatria, Ginecologia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Psicologia. Nesse ínterim, há a participação dos profissionais que compõem o NASF (Assistência Social, Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física). A área possui espaço físico suficiente para o atendimento adequado da população.

As reuniões de grupos (Hiperdia, Gestantes, Tabagismo, Saúde Mental) são realizadas na sala de reuniões e são organizados através de busca ativa, convites antecipados entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde. As reuniões da Equipe ocorrem periodicamente e acontecem na sala dos Agentes Comunitários de Saúde. São discutidos pontos do atendimento, projetos, resultados e casos clínicos. Quanto aos materiais de trabalho, a unidade conta com todo o arsenal necessário para o atendimento: mesa ginecológica, macas, glicosímetro, nebulizador, instrumental para retirada de pontos e curativos, computadores e internet para operacionalização do SUS. Não há realização de procedimentos mais invasivos como biópsias simples e coleta de exames devido à falta de materiais para esse fim.

A UBS Mário Barbosa de Oliveira funciona de 07 às 16 horas, ampliando seu horário quinzenalmente as segundas-feiras para atender a demandas dos trabalhadores.

1.7 O dia a dia da equipe Joana Maria Alves

A Equipe de Saúde da Família Joana Maria Alves divide seu atendimento entre as localidades rurais e o atendimento na Unidade de Saúde Mário Barbosa de Oliveira.

Nas localidades o atendimento acontece em espaços apropriados que dispõem dos materiais necessários para realização dos serviços ali ofertados. Nessas condições o agendamento dos atendimentos é feito pelo ACS da microárea e também são realizados atendimentos de demanda espontânea. Caso ocorra necessidade de cuidado especializado o paciente é encaminhado para tal atendimento e em caso de urgências ou emergências para o serviço de Pronto atendimento. A Equipe da Zona Rural é composta por enfermeira, médica e três agentes comunitários de saúde.

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

Por meio do método da estimativa rápida foi possível levantar os principais problemas existentes no território da unidade onde foram elencados os problemas mais relevantes, a saber:

Analfabetismo, deficiência auditiva, mudança de território, doença cardiovascular, tabagismo, etilismo, problema de saúde mental, uso de drogas ilícitas, idoso morando sozinho, baixa renda, desemprego, hipertensão, diabetes, infarto agudo do miocárdio, sedentarismo, dor lombar relacionada à atividade ocupacional, câncer de pele, dislipidemia, sobrepeso e obesidade, acúmulo de lixo nos lotes, acidente de trânsito, gravidez na adolescência, saneamento básico inadequado.

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

Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 3, Unidade Básica de Saúde Zona Rural, município de Varão de Minas, estado de Minas Gerais.

| Principais problemas | Importância * | Urgência** | Capacidade de enfrentamento)*** | Seleção(ordem de prioridade)*** |
|-----------------------------|----------------------|-------------------|--|--|
| Doença cardiovascular | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Dislipidemia | Alta | 0 | Parcial | 2 |
| Problema de saúde mental | Alta | 0 | Parcial | 2 |
| Tabagismo | Média | 0 | Parcial | 4 |

| | | | | |
|--|-------|---|---------|---|
| Etilismo | Média | 0 | Parcial | 4 |
| Analfabetismo | Alta | 0 | Parcial | 1 |
| Baixa renda | Alta | 0 | Fora | 5 |
| Deficiência auditiva | Alta | 1 | Parcial | 1 |
| Idoso morando sozinho | Média | 0 | Fora | 6 |
| IAM | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Hipertensão | Alta | 0 | Parcial | 1 |
| Diabetes | Alta | 0 | Parcial | 1 |
| Obesidade | Alta | 0 | Parcial | 1 |
| Câncer de pele | Alta | 2 | Parcial | 1 |
| Acidente de trânsito | Alta | 0 | Parcial | 1 |
| Gravidez na adolescência | Média | 0 | Parcial | 3 |
| Acúmulo de lixo nos lotes | Alta | 4 | Parcial | 2 |
| Desemprego | Alta | 5 | Fora | 3 |
| Saneamento básico e estrutura em saúde | Média | 4 | Fora | 2 |

Fonte: Autoria própria(2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho justifica-se devido ao número de pacientes da área adscrita que apresentam doenças cardiovasculares. Observa-se que as doenças cardiovasculares comprometem uma grande parcela populacional, sendo imprescindível a construção de políticas de saúde que possam promover o cuidado e a prevenção destas doenças (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Pontua-se também que fatores frequentemente encontrados nessa área como, baixas condições econômicas, má alimentação, obesidade e tratamento inadequado e a falta de informação dos usuários favorecem o aparecimento e o agravamento dessas doenças.

Justifica-se também devido as poucas iniciativas de trabalho no combate a tais problemas de saúde visto que, embora muito presentes são pouco trabalhados e poucas são as ações de educação em saúde oferecidas a comunidade rural.

Torna-se relevante também à medida que se considera que vários pacientes apresentam algumas complicações de doenças cardiovasculares que a cada dia se agravam, apontando assim para a necessidade de construção de uma atenção primária mais efetiva nos processos de promoção de saúde e prevenção de doenças.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para promoção em saúde e prevenção das doenças cardiovasculares e suas complicações, contribuindo para melhorar qualidade de vida desses pacientes e indiretamente de seus familiares.

3.2 Objetivos específicos

Atualizar os aspectos conceituais a respeito da prevenção das doenças cardiovasculares e suas complicações mais prevalentes;

Identificar as formas de prevenção;

Elaborar plano de intervenção para diminuir o índice de doenças cardiovasculares na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 3.

4 METODOLOGIA

A proposta de intervenção foi elaborada a partir de revisão bibliográfica sobre as Doenças Cardiovasculares e suas complicações tendo como referência o período de 2000-2018. O tema Doenças Cardiovasculares e suas complicações foi levantado em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: Atenção primária à saúde, doenças cardiovasculares e complicações, além de buscas em documentos de órgãos públicos como o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Município, a fim de criar um projeto de intervenção na área da abrangência da Equipe de Saúde 3 de Varjão de Minas.

Para a construção do plano de intervenção e com base no Planejamento Estratégico Situacional foram selecionados os principais nós críticos que interferem na terapêutica dos pacientes, assim como o nível de informação, hábitos e estilos de vida da nossa população, estruturas dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Campos, Faria e Santos (2018).

A partir desses foram propostas operações indispensáveis para solucioná-los, os produtos e resultados esperados para cada operação e também os recursos necessários à sua execução. Após concluir a elaboração de um plano de intervenção foram designados responsáveis para cada uma das estratégias e estabelecidos os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implementado no Brasil no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde com a finalidade de ser um serviço de saúde mais próximo da comunidade, buscando prevenir doenças e promover uma saúde mais holística, intensificando, assim, o trabalho na Atenção Primária. Visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1994).

Conforme Oliveira e Pereira (2013) a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa oferecer serviços que vão além da prática curativa e assistencial, fomentando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e se orientando a partir das demandas da população, colhidas através do contato proximal e permanente com o território e suas famílias.

Nesse sentido, a partir do ano de 2006, o Ministério de Saúde nomeou como ESF o antigo PSF, por meio da portaria n 648/06. Tal modificação se fez com o fito de solidificar a ideia de saúde da família como o principal fundamento da atenção básica no Brasil, oferecendo um cuidado integral e multidisciplinar aos indivíduos (CUNHA; SÁ, 2013). Partindo dessa premissa, a equipe de saúde é formada pelo médico generalista ou com especialidade em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou com especialidade também em Saúde da Família, um técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo se acrescentar profissionais de saúde bucal (FIGUEIREDO, 2011).

Conforme Medeiros *et. al.*(2010, p. 1527), os profissionais inseridos na ESF devem *"cumprir cargas horárias semanais de quarenta horas, permanecendo constantemente interligados a sua população adscrita e trabalhando de maneira efetiva na resolução de seus problemas de saúde"*. Nesse sentido:

[...] os serviços de saúde da família devem se organizar de tal forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreamento de doenças e educação em saúde (BLACK e GRUEN, 2005 *apud* SARTI *et al.*, 2012, p. 537).

Conforme Backes *et. al.*(2012, p. 225) a Estratégia Saúde da Família surgiu como “*uma forma de repensar os modelos ambulatoriais e assistencialistas de cuidado à saúde, promovendo mudanças nos padrões comportamentais de profissionais e usuários*”. Criada e orientada:

para a compreensão de uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade, inserida em seu contexto real e concreto (ALVES, 2005 apud BACKES *et.al.* 2012, p.225).

5.2 Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) corresponde ao cuidado básico de saúde pautado em metodologias e práticas científicas e socialmente aceitas e que, por sua vez estejam ao alcance de todos os indivíduos, em qualquer etapa de seu desenvolvimento e que possam envolver a participação plena da comunidade, sendo custeadas de maneira suportável pelo país (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde define a Atenção Primária à Saúde como

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004, p. 7).

Para Oliveira e Pereira (2013), a Atenção Primária em Saúde (APS) trata-se de um ponto relevante voltado tanto para ações individuais quanto coletivas, uma vez que tendem a não sobrecarregar os serviços de alta e média complexidade de saúde.

Para Starfield *et.al.* (2002, p 28):

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

5.3 Doenças Cardiovasculares

Segundo Mansur e Favarato (2012), as principais etiologias de óbito entre a população brasileira advêm de processos patológicos do aparelho cardiovascular, abarcando um quinto (1/5) de todas as mortes da faixa etária de 30 anos e mais. Pontua-se que, no município de Varjão de Minas também se observa alto índice de doenças cardiovasculares. Nesse trabalho optou-se por descrever e focar as principais delas.

5.3.1 Hipertensão

Segundo Malachias(2016, p. 1) a hipertensão caracteriza-se pela elevação sistemática e frequente dos níveis pressóricos, sendo constatada através de aferição constante da pressão arterial. Para Malachias (2016)“*é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg*”

Conforme Molina *et.al.* (2003) estudos realizados com a população apontam para uma correlação estreita entre o controle da hipertensão e a diminuição da taxa de mortalidade cardiovascular, que em países de industrialização recente parecem depender de modo importante da elevada prevalência de hipertensão arterial.

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gordura) sobre o comportamento dos níveis pressóricos(SACKS *et al.*, 2001*apud* MOLINA *et al.*, 2003 p. 744) . Dentre os fatores nutricionais estudados e que se associam à alta prevalência de hipertensão arterial estão o elevado consumo de álcool e sódio e excesso de peso. (INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP, 1988 *apud* MOLINA *et al.*, 2003 p. 744).

Para Car *et al.*(1991) e Carvalho *et al.* (1998) *apud* Péres, Magna e Viana (2003) o não tratamento da hipertensão pode acarretar processos patológicos mais graves e danificar órgãos alvo, além de ser responsável por inúmeras mortes na faixa etária adulta, como etiologia isolada, sendo considerada, assim, como um relevante problema de saúde pública.

5.3.2 Infarto Agudo do Miocárdio

O termo infarto do miocárdio significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada. Em geral, essa isquemia é causada por trombose e/ou vasoespasmos sobre uma placa aterosclerótica. O processo migra do subendocárdio para o subepicárdio. A maior parte dos eventos é causada por ruptura súbita e formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada. Uma porção menor está associada à erosão da placa aterosclerótica (DAVIES, 2000 *apud* PESARO; SERRANO JÚNIOR e NICOLAU, 2004, p. 214).

Os sintomas mais relevantes do infarto são: dor precordial, podendo sofrer irradiação para o braço esquerdo por mais de 20 minutos, com pouca ou nenhuma melhora. Podem ser descritos também sintomas como tontura, falta de ar, náuseas e vômitos, sudorese e sensação de morte. Pode ser observados sintomas menos frequentes, mas que não devem ser ignorados, como: dor mandibular, no dorso, nos ombros e na região epigástrica (TOPOL; MARSO; GRIFFIN, 1999 *apud* PESARO; SERRANO JÚNIOR e NICOLAU, 2004).

O diagnóstico é feito com base na avaliação do quadro clínico, nas alterações eletrocardiográficas e na elevação dos marcadores bioquímicos de necrose. Tendo em vista que os sintomas são extremamente variados e que a elevação dos marcadores inicia-se cerca de seis horas após o início da dor, o principal instrumento diagnóstico e determinante da conduta é o eletrocardiograma. Ele deverá apresentar o supradesnível do segmento ST ou o bloqueio agudo de ramo esquerdo, critérios suficientes para desencadear a tentativa imediata de reperfusão em um paciente com história sugestiva (PESARO, SERRANO e NICOLAU, 2004, p. 214)

Segundo Melo, Carvalho e Travassos (2006) a taxa de mortalidade total é cerca de 30%, com 25 a 30% desses pacientes morrendo antes de chegar ao hospital. A taxa de mortalidade intra-hospitalar é de cerca de 10% (o que decorre de choque cardiogênico), mas varia significativamente com a gravidade do quadro.

5.3.3 Acidente vascular cerebral

Segundo Almeida (2012, p. 481), o Acidente Vascular Encefálico (AVE), “é considerado a segunda causa de morte dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em todo o mundo, acometendo, primordialmente, a faixa etária de adultos e idosos”. No Brasil, o AVE encontra-se entre as causas mais relevantes de morbimortalidade das DCNT, em que acarretam algum tipo de sequela nos indivíduos, sendo parcial ou total (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006 *apud* ALMEIDA, 2012).

O acidente vascular encefálico (AVE) ou derrame cerebral é uma infartação (morte) de uma parte específica do cérebro devido à irrigação sanguínea insuficiente, podendo ocorrer por oclusão (bloqueio) de um dos principais vasos que nutrem o cérebro, por obstrução parcial ou completa de um grande vaso intracraniano, ou por hemorragia (BLACK; JACOBS, 1996 *apud* SCHÄFERA, OLIVEIRA-MENEGOTTO, TISSER, 2010, p.203).

Para Gagliardi e Reimão (1998) *apud* Schäfera, Oliveira-Menegotto e Tisser (2010) o AVC também

pode ser explicado como sendo déficit neurológico, transitório ou definitivo, por dano cerebral secundário à lesão cerebral tendo diferentes consequências e diversas etiologias (GAGLIARDI e REIMÃO, 1998 *apud* SCHÄFERA; OLIVEIRA-MENEGOTTO, TISSER, 2010, p.203)

André (1998) *apud* Schäfera, Oliveira-Menegotto e Tisser (2010) pontua que os fatores de risco para o AVE são inúmeros, como: tabagismo, uso abusivo de álcool, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias. A presença de processos patológicos cardíacos (arritmias, cardiopatias trombogênicas, etc) podem aumentar o risco.

Os AVEs se classificam em: hemorrágico, quando um vaso se rompe extravasando sangue para a região cerebral, ou isquêmico, quando o vaso é obstruído por placas de gordura ou coágulos sanguíneos, impedindo o aporte de oxigênio para o tecido (CANCELA, 2008). Dessa forma, ele é considerado um grave problema de

saúde pública em todo o mundo, podendo abreviar a vida de indivíduos ou podendo deixar sequelas severas em quem for acometido (GARRITANO, *et. al.*,2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “aumento das complicações da Doenças Cardiovasculares na área da abrangência da Equipe 3da Zona Rural” da Unidade de Saúde de Varjão de Minas, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

Cerca de 40% da população com mais de 60 anos que residem na área de abrangência da Equipe 3, apresentam algum tipo de doença cardíaca, sendo que desses, 30% apresentam hipertensão arterial, 15% diabetes, 5% teve Acidente Vascular Encefálico (AVE) /derrame, 4% teve infarto e uma parcela considerável é sedentária, faz uso de álcool e tabaco. (Dados fornecidos pelo ESUS e outros produzidos pela própria equipe).

A equipe tem se mobilizado para orientar a população sobre os agravos que tais doenças podem causar e sua prevenção, sobre a importância da medicação correta em horários adequados, sobre a importância de cessar com o tabagismo e uso de bebidas alcólicas e a importância de uma alimentação saudável e práticas de exercícios físicos na prevenção de tais doenças. Através da presença dos grupos de HIPERDIA, tabagismo e redução de peso, podemos auxiliar na prevenção de tais doenças e redução de óbitos, os quais tem reduzido o índice de frequência frente às ações desses grupos. Esses indicadores também podem ser percebidos na redução dos números de internação nos últimos 12 meses, segundo dados do Data-SUS.

6.2 Explicação do problema selecionado

As doenças cardiovasculares constituem um grupo de doença que mais mata no mundo. Dentre elas podemos citar o infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais (AVC), cardiopatia hipertensiva, febre reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Sendo as três primeiras mais prevalentes na população. Seus principais sintomas são dor torácica, com

irradiação para MSE ou região de mandíbula ou dorso, parestesia em face, membros especialmente em um lado do corpo, visão turva, cefaleia, tonteira e desmaio. Os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares incluem: o sedentarismo, obesidade, uso abusivo do tabaco e álcool, diabetes, hipertensão, dislipidemia e dieta inadequada (OPAS, 2017).

O alto índice de doenças cardiovasculares na população da zona rural do município é explicado por questões sócio econômicas, políticas e culturais que influenciam diretamente no estilo de vida, hábitos, bem como no nível da informação. A equipe muitas vezes trabalha na ausência de apoio, falta de recursos para diagnóstico, medicamentos e dificuldade nos encaminhamentos especializados e na continuidade do tratamento que são de grande importância para acompanhamento de riscos e agravos, evitando assim as complicações das doenças cardiovasculares

6.3 Seleção dos nós críticos

- 1- Hábitos e estilos de vida
- 2- Nível de informação
- 3- Processo de trabalho da equipe de saúde

6.4 Desenho das operações

| Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Doenças Cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município Varjão de Minas, estado de Minas Gerais | |
|--|--|
| Nó crítico 1 | Hábitos e estilos de vida |
| Operação (operações) | Aumentar as atividades físicas, modificar a dieta alimentar. Estimular atividade física |
| Projeto | <i>Desenvolvendo a autoestima</i> |
| Resultados esperados | Diminuir o 30% de obesos em um ano e os sedentários |
| Produtos esperados | Programa saudável, programa de divulgação na cidade |
| Recursos necessários | Estrutural: Profissional para acompanhar as caminhadas e os exercícios físicos. Cognitivo: Informação sobre o tema Financeiro: Recursos para equipamentos que favorecem exercícios físicos saudáveis. Político: Mobilização social |
| Recursos críticos | Estrutural: Cumprimento da agenda de grupos educativos Cognitivo: conhecimento sobre grupos educativos e comunicação efetiva Político: conseguir o espaço na Radio local Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos |
| Controle dos recursos críticos | Setor da comunicação social secretaria de saúde |
| Ações estratégicas | Apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde e a coordenação de atenção primária e à equipe de saúde |
| Prazo | 1 ano |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Médico Enfermeiro |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Reunião da Equipe semanal e com cada responsável do acompanhamento das operações |

| | |
|--|--|
| Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Doenças Cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município Varjão de Minas, estado de Minas Gerais | |
| Nó crítico 2 | Nível de informação |
| Operação (operações) | Aumentar os níveis de informação da população sobre as doenças cardiovasculares |
| Projeto | <i>Saber mais</i> |
| Resultados esperados | População mais informada sobre a Diabetes e suas complicações |
| Produtos esperados | Campanha educativa na rádio local e capacitação das ACS |
| Recursos necessários | Estrutural:Cumprimento da agenda de grupos educativos Cognitivo:conhecimento sobre grupos educativos e comunicação efetiva Financeiro:Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais Político:Articulação intersetorial, parceria com o setor Educação |
| Recursos críticos | Estrutural:Cumprimento da agenda de grupos educativos Cognitivo: Conhecimento sobre grupos educativos e comunicação efetiva Político:Articulação intersetorial, parceria com o setor Educação entre outros. Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais |
| Controle dos recursos críticos | Secretária de saúde |
| Ações estratégicas | Apresentar projeto de educação em grupos de doenças cardíacas |
| Prazo | 12 meses |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Equipe de saúde da família |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento e avaliação das ações cada semestre. |

Quadro 6– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Doenças Cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, do município Varjão de Minas, estado de Minas Gerais

| | |
|--|---|
| Nó crítico 2 | Processo de trabalho |
| Operação (operações) | Implantar a linha de cuidado para as complicações das doenças cardiovasculares. Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado |
| Projeto | <i>Linha de cuidado</i> |
| Resultados esperados | Cobertura de 100% da população cardíaca com complicações ou não |
| Produtos esperados | Linha de cuidado para os pacientes IAM, AVC prévios e suas possíveis complicações implantadas; Protocolos; Geração da linha de cuidado. |
| Recursos necessários | Estrutural: mais fluxos Cognitivo: Elaboração de um projeto de cuidado, e de protocolos. Financeiro: mais financiamento de projetos Político: Articulação entre as diferentes instituições de saúde. |
| Recursos críticos | Estrutural: Implantar a linha de cuidado para as complicações das doenças cardíacas. Cognitivo: Elaboração de um projeto de cuidado, e de protocolos Político: Articulação entre as diferentes instituições de saúde Financeiro: recursos audiovisuais |
| Controle dos recursos críticos | Secretária de saúde |
| Ações estratégicas | Apresentar o projeto “linha de cuidado” para a Secretaria de Saúde e a coordenação de atenção primária |
| Prazo | Início em 3 e finalização em 12 meses |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Médico e enfermeiro |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Monitoramento e avaliação mensal. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfoque na importância de abordagem adequada para as Doenças Cardiovasculares e o esclarecimento quanto a possíveis complicações visa aumentar o interesse por partes dos pacientes em relação a estas doenças e o que elas podem representar em termos de risco para a vida dos mesmos.

Com a execução adequada da proposta de intervenção criada, obteremos, após um determinado período, uma maior conscientização da população com melhoria à mudança de hábitos saudáveis, e maior conhecimento acerca das Doenças Cardiovasculares e suas complicações e da importância de se manter um estilo de vida mais saudável.

Conseqüentemente, as pessoas saudáveis, de posse de maior conhecimento, poderão manter suas condições de saúde e aqueles que já apresentam tais doenças saberão como desenvolver hábitos de vida mais saudável e conseguirão mais longevidade e qualidade de vida.

REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244 p.

ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. Revista Neurociências, v.20, n.4, p.481-482, 2012.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção: Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de operações. Coordenação de saúde da comunidade. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010
Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2778.pdf>.
Acesso em: janeiro de 2020.

CANCELA, D.M.G. O acidente vascular cerebral–classificação, principais consequências e reabilitação. O portal do Psicólogo, p.2-18, 2008.

CUNHA, M. S.; SA, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013.

E-SUS. 2019. Disponível em: <http://esus.saude.ms.gov.br/#/pec/>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

FIGUEIREDO, E.N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. São Paulo: UNIFESP, 2011.

GARRITANO, C.R. et al. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 98, n. 6, p. 519-527, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/varjao-de-minas.html?cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1- Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, p. 1-6, 2016.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.99, n.2, p.755-761, 2012.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciência & saúde coletiva, v. 15, n. suppl.1, p. 1521-1531, 2010.

MELO, E.C.P.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n. 6, p.1225-1236, 2006.

MOLINA, B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. Revista de Saúde Pública, v.37, p. 6, 743-750, 2003.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, n. 66, n.spe, p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Doenças cardiovasculares. 2017. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096> Acesso em 29/07/2020

PADOVEZE, M.C.; FIGUEIREDO, R.M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, 2014.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PESARO, A.E.P.; SERRANO JR, C.V.; NICOLAU, J.F. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. Rev Associação Medica Brasileira, v.50, n.2, p. 214-20, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VARJÃO DE MINAS 2019. Disponível em: <http://varjaodeminas.mg.gov.br/>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SCHAFERA, P. S.; OLIVEIRA-MENEGOTTO, L.; TISSER, L. Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. *Ciênc. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 202-215, 2010 .

STARFIELD, B. et al. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, 2002.

