

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

**Gabriella Guimarães Caires**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE DE DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CRISTAL, MUNICÍPIO DE BALDIM, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte/ Minas Gerais**

**2020**

**Gabriella Guimarães Caires**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE DE DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CRISTAL, MUNICÍPIO DE BALDIM, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

**Belo Horizonte/ Minas Gerais**

**2020**

**Gabriella Guimarães Caires**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE DE DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CRISTAL, MUNICÍPIO DE BALDIM, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

Banca Examinadora:

Professora Dra. Andréa Gazzinelli – Orientadora - UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de novembro de 2020.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha equipe da ESF Cristal, do município de Baldim – MG, pelo profissionalismo e companheirismo nas atividades e no enfrentamento das dificuldades do cotidiano.

Dedico ainda aos meus pacientes, fontes de aprendizados e conhecimento, que contribuem cada dia mais para o meu crescimento pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Andrea Gazzinelli pela paciência para conclusão desse projeto.

Agradeço a toda a minha equipa da ESF Cristal pelo companheirismo e trabalho do dia-a-dia.

Agradeço ainda a todos aqueles que me ajudaram na pesquisa dos dados, mesmo diante tantas dificuldades.

## RESUMO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil e no mundo, e acarretam grandes morbidades e incapacidades, o que eleva consideravelmente os gastos públicos em saúde. Por essa razão, torna-se relevante fazer o diagnóstico precoce dessas doenças, identificando os principais fatores de risco para, desta forma, melhorar o controle da doença e proporcionar melhor assistência em saúde para aqueles já acometidos. Portanto, o objetivo deste trabalho foi desenvolver um projeto de intervenção para reduzir o alto índice de doenças cardiovasculares na população da área adstrita da Estratégia Saúde da Família Cristal, em Baldim, Minas Gerais. Para a realização do trabalho, inicialmente foi realizado, pela equipe de saúde, o diagnóstico populacional da área de abrangência, usando o método da estimativa rápida para levantar os problemas vivenciados pela comunidade. Para subsidiar o tema realizou-se uma revisão de literatura. Na elaboração do plano de intervenção foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional: identificação e priorização dos problemas, descrição e explicação do problema selecionado, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações. Este trabalho poderá contribuir para o entendimento dos principais fatores de riscos das doenças cardiovasculares na comunidade estudada, tornando possível a observação de quais medidas são mais efetivas para obtenção do melhor controle de tais fatores, a fim de diminuir a incidência das patologias cardiovasculares.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Fatores de risco. Planejamento Estratégico. Educação em Saúde

## **ABSTRACT**

Cardiovascular diseases are the main causes of death in Brazil and in the world, and cause major morbidities and disabilities, which considerably increases public health expenditures. For this reason, it is important to make an early diagnosis of these diseases, identifying the main risk factors in order to improve their control and provide better health care for those already affected. Therefore, the objective of this work was to develop an intervention project to reduce the high rate of cardiovascular diseases in the population of the area included in the Cristal Family Health Strategy, in Baldim, Minas Gerais. In order to carry out the work, the population's diagnosis of the coverage area was initially carried out by the health team using the rapid estimate method to raise the problems experienced by the community. To support the project, a literature review was carried out. In the elaboration of the intervention plan, the steps of Situational Strategic Planning were followed: identification and prioritization of problems, description and explanation of the selected problem, selection of "critical nodes" and design of operations. This work may contribute to the understanding of the main risk factors of cardiovascular diseases within the studied community, making it possible to observe which measures are most effective to obtain the best control of such factors, in order to reduce the incidence of cardiovascular pathologies.

**Keywords:** Cardiovascular diseases. Risk factors. Strategic planning. Health education

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CISMISEL	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas
CVV	Centro Viva Vida
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DM	Diabetes Mellitus
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia da Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação de Medicamento do Município
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SISAB	Sistema de Informação a Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados na comunidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, no município de Baldim/MG.	18
Quadro 2 – Principais Doenças Cardiovasculares ocorridas na Equipe de Saúde da Família Cristal, no município de Baldim/MG	29
Quadro 3 – Principais fatores de risco para Doenças Cardiovasculares na Equipe de Saúde da Família Cristal, no município de Baldim/MG.	29
Figura 1 – Principais causas para a ocorrência de fatores de riscos que levam a Doenças Cardiovasculares na Equipe de Saúde da Família Cristal, no município de Baldim/MG.	30
Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 1 “Hábitos e estilos de vida inadequados”, relacionado ao problema “Alto índice de Doenças Cardiovasculares” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.	32
Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 2 “Baixa adesão ao autocuidado à saúde”, relacionado ao problema “Alto índice de Doenças Cardiovasculares” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.	33
Quadro 6 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 3 “Indisponibilidade de recursos para o trabalho da equipe”, relacionado ao problema “Alto índice de Doenças Cardiovasculares” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 Aspectos gerais do município .....	12
1.2 O sistema municipal de saúde .....	12
1.3 Aspectos da comunidade da Unidade Básica de Saúde Cristal .....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Cristal .....	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Cristal .....	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Cristal .....	16
1.7 O dia a dia da equipe da Unidade de Saúde Cristal .....	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) .....	18
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	21
3.1 Objetivo geral .....	21
3.2 Objetivos específicos .....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	22
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	23
5.1 Doenças cardiovasculares mais comuns e definição.....	23
5.1.1 Doença coronariana .....	23
5.1.2 Acidente vascular encefálico .....	23
5.1.3 Insuficiência cardíaca .....	24
5.1.4 Doença arterial obstrutiva periférica .....	24
5.2 Fatores de risco para doenças cardiovasculares .....	25
5.2.1 Hipertensão arterial .....	25
5.2.2 Diabetes mellitus .....	25
5.2.3 Dislipidemia .....	26
5.2.4 Tabagismo .....	26
5.2.5 Sedentarismo e obesidade .....	26
5.3 Ações de prevenção e controle .....	27
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	28

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....	30
6.4 Desenho das operações (sexto passo) .....	31
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>36</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

Baldim é um município com 7.803 habitantes, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2020 e ocupa uma área territorial de 556.266 km<sup>2</sup>. Está localizado às margens do Rio das Velhas, no estado de Minas Gerais e pertence a mesorregião do centro leste mineiro, distante 95 km da capital. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,671, considerado médio. O produto interno bruto (PIB) per capita é de 12.683,80 (IBGE, 2019). Faz fronteira com os municípios de Jequitibá, Funilândia e Santana do Riacho e se situa a 34 km de Matozinhos a maior cidade nos arredores (BALDIM, 2017).

Baldim pertencia a Jaboticatubas antes de ser elevado a categoria de município em 1948 (IBGE, 2019). Tem seu perfil produtivo focado no comércio e agropecuária, sendo esta favorecida pela abundância de bacias hidrográficas e rios que circundam o território municipal. Em relação a educação, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 95,70%; a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 78,16%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 69,87%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 40,05%. Em 2010, 77,89% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Porém, dos jovens adultos de 18 a 24 anos, somente 3,17% cursavam o ensino superior. Ainda no mesmo ano, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 11,43% eram analfabetos, 33,85% tinham o ensino fundamental completo, 23,96% possuíam o ensino médio completo e 5,95%, o superior completo (IBGE, 2019).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

Conforme disposto no Plano Municipal de Saúde 2014-2017:

As Redes de Atenção à Saúde são formadas pela integração da atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é a porta de entrada para todas as necessidades do indivíduo, sendo uma estratégia de reorganização do modelo assistencial em saúde, voltada para responder à maior parte das necessidades de saúde de uma

população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. A atenção secundária é considerada um serviço de média complexidade, atendendo casos de urgência e de emergência, especialidades médicas e exames especializados. Nesse tipo de atenção, enquadra-se o atendimento de clínicas médicas, pediátricas, consultas ambulatoriais eletivas e de especialidades e se necessário, é referenciado para atender serviços de alta complexidade. A atenção terciária ou de alta complexidade atende casos de natureza clínica aguda ou agudização de condições crônicas. O tipo de serviço prestado inclui internações, cirurgias, partos, especialidades e assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (BALDIM, 2019, p. 25, 26).

O município de Baldim possui quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma com uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo que duas atuam na zona rural e distritos e duas na zona urbana. Dessas, uma funciona somente para atendimento de casos de urgência e emergência, conhecido por pronto atendimento. A cobertura é de 100%, em um total de 2.676 famílias (BALDIM, 2019, p.11).

Em relação a atenção especializada, o município conta somente com o atendimento médico de ginecologia e obstetrícia, que ocorre uma vez ao mês. Todo o restante da demanda especializada, de atendimento médico ou de exames, é realizado nas cidades de Sete Lagoas e Belo Horizonte. Na cidade de Sete Lagoas, esses serviços são realizados através de um consórcio de saúde entre a prestadora de serviço do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas (CISMISEL) e o município de Baldim.

O município não possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no entanto, como dito anteriormente, possui uma UBS/ESF para atendimentos de urgência e emergência. Qualquer demanda de internação ou casos potencialmente mais graves têm que ser transferidos para as cidades de Sete Lagoas ou Belo Horizonte, visto que não há a disponibilidade de recursos no município para conduzir tais casos. Além disso, o município não possui base do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). O transporte de casos graves se dá pela ambulância municipal. Em algumas ocasiões, o SAMU intercepta o transporte no caminho.

Em relação ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o município possui um psicólogo, um nutricionista e um fisioterapeuta para atender toda a demanda municipal. Além disso, esses profissionais não atendem em todas as localidades

rurais e distritos. A população dessas localidades, quando precisam, devem se deslocar até a sede do município para atendimento.

O município possui três equipes de saúde bucal, sendo que duas atuam na sede municipal e uma no distrito de São Vicente. As populações das localidades rurais são atendidas, normalmente, pelas equipes que atuam na sede do município.

O município possui um laboratório próprio, que realiza exames bioquímicos básicos e uma farmácia que, no momento, possui uma Relação de Medicamento do Município (REMUME) escassa. Além de escassa, é comum o desabastecimento das medicações fornecidas, seja pelo atraso do fornecedor ou por problemas na licitação dessas mercadorias. Outros exames laboratoriais e qualquer exame de imagem ou mais complexo são realizados fora do município, geralmente em Sete Lagoas ou Belo Horizonte.

## **1.2 Aspectos das comunidades pertencentes a Unidade Básica de Saúde Cristal**

A área de abrangência da ESF Cristal engloba cinco localidades principais da zona rural, sendo elas: Mucambo, Sumidouro, Manteiga, Botafogo e Rótulo. Estima-se que a população total dessas localidades fica em torno de 1.800 habitantes, dado divergente do relatado no Sistema de Informação a Saúde para a Atenção Básica (SISAB)/eSUS, que é de 950 habitantes, sendo a última atualização realizada em abril de 2019. Atualmente, essas populações vivem basicamente da agricultura familiar e do trabalho nas “empresas” rurais. O analfabetismo dessa população é bastante elevado, principalmente entre os maiores de 50 anos. Apesar disso, de acordo com entrevistas informais realizadas pelos Agentes Comunitários em Saúde (ACS), a população abaixo de 14 anos fora da escola é nula.

O saneamento básico dessas comunidades é precário quando se leva em consideração o esgotamento sanitário, abastecimento de água e destino do lixo. Em relação ao escoamento sanitário, dos 365 domicílios cadastrados na área de abrangência da ESF Cristal em maio de 2019 no eSUS, 10 possuem rede coletora de esgoto, 59 fossa séptica e 259 fossa rudimentar. Os demais 37 domicílios não tiveram essa informação registrada. O abastecimento de água se dá por rede encanada em 238 domicílios com água não tratada, por poço artesiano em 37 domicílios e por cisterna em 76 domicílios. Os demais 14 domicílios não tiveram essa informação

registrada. A coleta do lixo é feita em 113 domicílios. Em 228 domicílios o lixo é queimado e 24 não possuem essa informação registrada (eSUS, 2019).

As estradas que ligam essas cinco localidades pertencentes a ESF Cristal à sede do município são quase todas de terra, mas mesmo com chuva é possível chegar nos pontos de atendimentos. No entanto, já ocorreu do cancelamento de visitas domiciliares em locais de difícil acesso devido à chuva. O carro que leva a equipe (médica e enfermeira) é da Secretaria de Saúde. Inúmeros são os dias em que chegamos na Secretaria de Saúde e o carro destinado a zona rural (ou motorista) tinham sido destinado a outro serviço, o que atrasa o deslocamento até a localidade e, conseqüentemente, os atendimentos.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Cristal**

São cinco os locais de atendimento. Na localidade do Mucambo, o atendimento se faz em uma estrutura própria da prefeitura construída, exclusivamente, para o funcionamento das atividades da ESF. Essa estrutura conta com duas salas, uma para o atendimento médico e outra para as atividades da enfermagem, uma recepção de bom tamanho, com bancos para os pacientes que esperam, um banheiro e uma cozinha. Os grupos operativos, quando são realizados, são feitos na área da recepção. A unidade possui equipamentos e materiais necessários para o trabalho da equipe.

Na localidade de Sumidouro o atendimento também ocorre em uma casa própria da prefeitura, construída exclusivamente para o funcionamento das atividades da ESF. Essa estrutura conta com duas salas, uma para atendimento médico e outra para as atividades da enfermagem, uma recepção, um banheiro cujo uso está frequentemente inviabilizado e uma cozinha. O tamanho físico da casa não é adequado e não há espaço para a realização de outras atividades como, por exemplo, os grupos operativos. Porém, esses ainda se fazem presentes, quando possível.

Nas localidades de Rótulo, Botafogo e Manteiga o trabalho da equipe acontece em uma sala de escolas abandonadas, sem estrutura nenhuma para o atendimento. Não há banheiros em condições de serem utilizados, as janelas estão quebradas e as paredes mofadas. As macas para exame encontram-se em péssimo estado de conservação. Não há espaço para realização de atividades como reuniões, grupos operativos e outras.

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Cristal**

A Equipe de Saúde da Família (eSF) da ESF Cristal é formada por uma médica e uma enfermeira e pelos seguintes profissionais:

1. Uma técnica de enfermagem que atua como agente comunitária de saúde (ACS) da localidade de Sumidouro e dá suporte na localidade de Manteiga. É responsável por 43 famílias cadastradas.
2. Uma ACS que atua nas localidades de Botafogo e Rótulo, com 102 e 23 famílias cadastradas, respectivamente.
3. Uma técnica de enfermagem que atua como técnica na ESF Cristal, mas realiza, quando consegue, o serviço de ACS na localidade de Mucambo, tendo em vista que a comunidade não possui profissional que atua na ESF. São 178 famílias cadastradas na área

Não há profissionais do serviço odontológico na equipe. A população, quando precisa, utiliza o serviço odontológico disponível na sede do município.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Cristal**

O trabalho da eSF Cristal ocorre de 7:30 às 15:30, da seguinte forma: às segundas-feiras de 12:00 às 15:30 na localidade do Botafogo; terças-feiras na localidade do Mucambo; quartas-feiras na localidade do Sumidouro (duas quartas do mês) e nas localidades de Manteiga e Rótulo (duas quartas do mês); às quintas-feiras de 12:00 às 15:30 na localidade do Botafogo. Às segundas e quintas pela manhã, a médica e a enfermeira atendem a população de três localidades pertencentes a outra ESF, plano estabelecido pelo gestor municipal e autorizado pela coordenação municipal do Programa Mais Médicos.

### **1.7 O dia a dia da equipe da Unidade de Saúde Cristal**

O tempo de trabalho da equipe é ocupado praticamente com os atendimentos de demanda espontânea. Apesar da tentativa de mudança, esse modelo é o que ainda predomina. Pelo fato de os locais de atendimentos (maioria) serem improvisados e/ou inadequados e o tempo em cada localidade ser restrito a, no máximo, oito horas



semanais, raramente são feitas outras atividades como grupos e programas de ações em saúde. Dentre os programas realizados regularmente estão o pré-natal que é feito em nove consultas alternadas entre médica e enfermeira e, a partir da 34<sup>a</sup> semana gestacional, também com a obstetra que atende no município. Nessas consultas são realizadas orientações, planejamento e acompanhamento do desenvolvimento fetal e materno pelo exame clínico e exames de primeiro, segundo e terceiro trimestres. O pré-natal de alto risco é acompanhado, também, desde o início da gestação, no Centro Viva Vida (CVV) em Sete Lagoas com obstetras especializados.

Outro programa feito é o acompanhamento mensal das crianças até os dois anos de idade. Essas consultas são realizadas principalmente pela enfermeira da equipe. Nelas são avaliados o desenvolvimento físico e neuropsicomotor, alimentação e suplementação vitamínica profilática ou terapêutica e, também, a relação social da criança.

O rastreamento de lesões de colo uterino, como neoplasias e lesões pré-neoplásicas é realizado através da coleta do “preventivo”. O exame é feito pela enfermeira e o resultado é interpretado pela médica junto a paciente. Em casos isolados, quando necessário, a coleta é realizada pela médica.

As visitas domiciliares, geralmente, se fazem após os atendimentos em cada localidade e, normalmente, de acordo com a demanda da visita da enfermagem e/ou médica. Agendar dias ou turnos específicos para realizar visita domiciliar para os pacientes que necessitam (acamados, idosos, portadores de necessidades especiais) é mais difícil, visto que esses se encontram nas diversas localidades e a distância entre um domicílio e outro demanda grande quantidade de tempo, o que acarreta em poucas visitas em um dia. Além disso, demandar um dia específico, ou até mesmo um turno para visita domiciliar pode acarretar em 15 dias ou mais sem atendimento em certa localidade, gerando um transtorno quando precisamos de um retorno ou acompanhamento mais próximo, com intervalo menor de tempo.

### **1.8 Estimativa rápida: Problemas de saúde do território e comunidade (primeiro passo)**

De acordo com a discussão feita com outros membros da equipe de saúde e analisando os principais problemas que enfrentamos, concluímos que os principais problemas em relação à saúde da comunidade da ESF Cristal são:

1. O alto índice de doenças cardiovasculares que tem, como fatores de risco, a hipertensão arterial, tabagismo e hipercolesterolemia altamente frequentes na área adstrita.
2. O baixo conhecimento e/ou adesão da população a práticas de autocuidado relacionadas a saúde;
3. O alto índice de doenças infecciosas e parasitárias. Isto ocorre principalmente devido ao fato das comunidades não possuírem saneamento básico e água tratada.
4. A dificuldade de acesso da população aos serviços de atenção básica e especializados.

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

**Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados na comunidade adstrita à equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Cristal município de Baldim, Minas Gerais.**

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção****
Alto índice de doenças cardiovasculares	Alta	10	Parcial	1
Baixa adesão ao autocuidado à saúde	Alta	8	Parcial	2
Alto índice de doenças infecto parasitárias	Média	6	Parcial	3
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde	Média	6	Fora	4

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

O problema do alto índice de doenças cardiovasculares na ESF Cristal foi o tema escolhido para o desenvolvimento deste trabalho, devido a morbimortalidade importante que acarreta e, também, por se tratar de um problema grande impacto na saúde pública. Segundo diversos autores (SIMÃO *et al.*, 2013; WHO, 2012) as doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte não apenas no Brasil (27,8%), mas no mundo todo, ficando à frente de pneumopatias, cânceres e causas externas. São tão importantes que tem sido tratadas como uma epidemia em praticamente todos os países, o que exige ações intensificadas de saúde pública para sua prevenção.

A evolução silenciosa da aterosclerose e da hipertensão arterial contribui para esse aumento das DCVs e conseqüentemente sobrecarregam o sistema de saúde por morte prematura e incapacidade que geram custos sociais e econômicos importantes. Esse crescimento da magnitude da doença é o resultado, também, do aumento da prevalência de vários fatores de risco como obesidade/sobrepeso, sedentarismo, tabagismo, dislipidemia e dieta inadequada, todos considerados fatores preveníveis (KUMAR, 2017). Por isto é tão importante o papel da atenção primária na redução dos fatores de risco e conseqüentemente das DCVs, tendo em vista a proximidade dos profissionais com os usuários.

Ao realizar o diagnóstico situacional, juntamente a equipe, foi identificado um número significativo de pacientes com uma ou mais doenças cardiovasculares e, também, um número expressivo de fatores de risco que levam a ocorrência dessas doenças. Dentre essas DCVs, e de acordo com as informações de prontuários e cadernos dos agentes de saúde, as principais identificadas nos últimos quinze anos foram: insuficiência cardíaca (27 pacientes), doença coronariana (21 pacientes), doença cerebrovascular (17 pacientes), doença arterial obstrutiva periférica (5 pacientes) e trombose venosa (8 pacientes).

Portanto, é necessário trabalhar em ações preventivas e educativas, afim de reduzir a incidência de tais doenças, assim como traçar estratégias que visam conscientizar e promover a adesão ao autocuidado à saúde, através de grupos operativos, meios informativos, aumento na quantidade de consultas e exames complementares fornecidos e fortalecimento do trabalho multidisciplinar. Com isto, espera-se proporcionar melhor qualidade de vida e também reduzir a probabilidade

de novos episódios para os pacientes já acometidos levando, conseqüentemente, a uma redução dos gastos públicos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir o índice de doenças cardiovasculares a fim de proporcionar melhor qualidade de vida e controle adequado dos casos já existentes evitando, assim, maiores complicações.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Levantar o número de pacientes que já possuem doenças cardiovasculares e também aqueles que possuem os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças;
- Promover ações que permitam influenciar as mudanças relacionadas aos hábitos de vida da população;
- Aplicar metodologias que facilitem o aprendizado e contribuam para elevar o nível de instrução dos pacientes em relação às patologias;
- Promover mecanismos de monitoramento dos pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sobretudo os hipertensos e diabéticos;
- Capacitar a equipe de trabalho para que todos possam desenvolver as atividades com competência e habilidade.

## 4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado, com a ajuda da equipe de saúde, o diagnóstico situacional, utilizando o método da estimativa rápida, que possibilitou o levantamento dos problemas mais prevalentes encontrados nas comunidades pertencentes a ESF Cristal, no município de Baldim. Para a elaboração do plano de intervenção foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES): identificação e priorização dos problemas, descrição e explicação do problema selecionado, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações, de acordo com o módulo: Planejamento, Avaliação e Programação das Ações em Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Sendo assim, foi necessário realizar uma revisão de literatura para subsidiar teoricamente o trabalho. Algumas das principais bases de dados relacionadas à saúde utilizadas foram o *Scientific Electronic Library* (SciELO) e o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), além de sites do IBGE e publicações do Ministério de Saúde, Organização Mundial de Saúde e das Sociedades Brasileiras de diversas especialidades médicas. Foram utilizados os descritores: hipertensão, doenças cardiovasculares, fatores de risco, Estratégia Saúde da Família.

As citações e referências bibliográficas deste trabalho foram redigidas cumprindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e seguindo as orientações do Módulo de Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso de autoria de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2018).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Doenças cardiovasculares mais comuns e definição

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte não apenas no Brasil (27,8%), mas em todo o mundo, ficando à frente das pneumopatias, cânceres e causas externas. Conseqüentemente à grande prevalência destas doenças, nota-se aumento também de incapacidades e mortes prematuras (SIMÃO *et al.*, 2013; WHO, 2012).

Essa elevação das DCVs é decorrente principalmente do aumento progressivo da expectativa de vida da população. Assim, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, os principais países acometidos são os de baixa ou média renda (WHO, 2012).

Apesar da redução no número absoluto de óbitos decorrentes das DCVs, observa-se aumento na morbidade, como resultado do avanço no tratamento das complicações agudas (WHO, 2012).

Dentre as doenças cardiovasculares, destacam-se:

#### 5.1.1 Doença coronariana

A doença arterial coronariana (DAC) é definida como aporte sanguíneo inadequado ou insuficiente para o coração via coronárias. Relaciona-se diretamente com o grau de obstrução ao fluxo de sangue e oxigênio aos tecidos cardíacos. O principal mecanismo de obstrução é decorrente de placas ateroscleróticas no lúmen coronariano (PINHO *et al.*, 2010).

Pode manifestar-se de diversas formas clínicas tais como: angina estável e instável e síndrome coronariana aguda. Em todas, é fundamental o diagnóstico e a abordagem precoce para evitar perda irreversível do miocárdio e, conseqüentemente, da função cardíaca (PINHO *et al.*, 2010).

#### 5.1.2 Acidente vascular encefálico (AVE)

O AVE caracteriza-se como um evento agudo, secundariamente à obstrução do fluxo sanguíneo cerebral, seja por isquemia ou por sangramento. É responsável por grande parte das internações hospitalares e dos óbitos no país. Nos casos em que

o paciente não evolui a óbito, há um importante comprometimento do estado de saúde devido às sequelas que podem se instalar (KLEINDORFER *et al.*, 2008)

Mesmo com a evolução no tratamento e abordagem precoce nos casos suspeitos de AVE, ainda há um número importante de internações pela doença, o que indica uma necessidade de maior intervenção profilática nos pacientes com risco (KLEINDORFER *et al.*, 2008).

### **5.1.3 Insuficiência cardíaca**

A insuficiência cardíaca (IC) divide-se em dois grupos: IC com fração de ejeção preservada e IC com fração de ejeção reduzida. Em ambos, há alteração na capacidade do coração em fornecer adequadamente fluxo sanguíneo para o corpo. Estima-se que a descompensação de IC foi a causa de 6% dos óbitos no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2007 (MESQUITA *et al.*, 2017).

Apesar das novas e eficazes medicações que levaram à redução da mortalidade, não houve queda expressiva no número de hospitalizações decorrentes da IC (MESQUITA *et al.*, 2017; AMARAL *et al.*, 2017). Atualmente, o tratamento envolve uso de Inibidores da enzima conversora de angiotensina/bloqueadores de receptores da angiotensina, betabloqueadores e diuréticos poupadores de potássio, estando todas estas medicações associadas a redução da mortalidade. Outras drogas como diuréticos de alça e digoxina são utilizados para controle dos sintomas (MESQUITA *et al.*, 2017).

### **5.1.4 Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP)**

A DAOP caracteriza-se por obstrução do fluxo sanguíneo às extremidades do corpo, sendo muito mais comuns nos membros inferiores. O principal mecanismo obstrutor é pela presença de placas ateroscleróticas, da mesma forma que a DAC. No Brasil, os dados sobre prevalência da DAOP ainda são escassos, mas estima-se que atinja aproximadamente 6 milhões de pessoas (MAKDISSE *et al.*, 2008).

Tanto nos casos sintomáticos quanto os assintomáticos, há uma importante associação com obstrução arterial em outros leitos. O sintoma clássico é a claudicação intermitente, presente em mais de 50% dos sintomáticos. O índice tornozelo-braquial e a relação cintura-quadril são formas importantes de rastreamento da DAOP entre os pacientes com risco, mas assintomáticos (MAKDISSE *et al.*, 2008).



## 5.2 Fatores de risco para doenças cardiovasculares

Os principais e mais conhecidos fatores de risco para as DCVs são hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes e histórico familiar. Estudos recentes evidenciam, também, a importância dos fatores externos no desenvolvimento destas doenças como aspectos étnicos, sociodemográficos, culturais e comportamentais. Todas estas associações interferem diretamente na incidência e prevalência das DCVs na população (ARNETT *et al.*, 2019).

### 5.2.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A HAS é o maior fator de risco para mortalidade no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 22,3% da população mundial em 2014 era hipertensa, sendo mais prevalente nos países em desenvolvimento (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em revisões de literatura realizadas, afirma-se que as principais características associadas à HAS são a idade, o índice de massa corporal (IMC), o sedentarismo/obesidade, o tabagismo e o etilismo (MARQUES *et al.*, 2020).

O tratamento, semelhante a todos os fatores de risco listados, envolve associação de medicamentos com mudanças no estilo de vida, sendo estes fundamentais no controle tanto dos fatores de risco como das próprias DCVs (MARQUES *et al.*, 2020).

### 5.2.2 Diabetes Mellitus (DM)

Em pessoas com diagnóstico de DM há um risco de aproximadamente 2 a 3 vezes maior de desenvolver alguma DCV, sendo que nestes pacientes as complicações macrovasculares são duas vezes maiores que as microvasculares (SANTOS *et al.*, 2009).

O DM tipo 2 relaciona-se com a presença de outros fatores de risco, como obesidade/sedentarismo, com risco aumentado para desenvolvimento de síndrome metabólica, que é um conjunto de comorbidades associadas a um aumento no risco cardiovascular. Para o bom controle do DM, é necessária a associação medicamentosa e, principalmente, mudança no estilo de vida alimentar e funcional (SIQUEIRA; ALMEIDA-PITITTO; FERREIRA, 2007).

### 5.2.3 Dislipidemia

Representa um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo o mais relevante fator de risco modificável. As estatinas são as medicações de primeira escolha no tratamento das dislipidemias, uma vez que os estudos mostram redução na mortalidade por todas as DCVs. As metas terapêuticas nos valores de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) variam de acordo com outras comorbidades associadas e classificação de risco cardiovascular (BRASIL, 2012).

### 5.2.4 Tabagismo

Há mais de 20 anos o tabagismo é considerado como uma doença neurocomportamental secundária à dependência da nicotina. Enquadra-se como o principal fator de risco prevenível, evidenciando a importância de focar no combate ao mesmo, uma vez que está diretamente relacionado aos óbitos por DCVs e por cânceres (SILVA *et al.*, 2016).

Vários são os fatores que levam ao ato de fumar: ansiedade, depressão, transtornos psicorgânicos, fatores culturais, psicossociais e, até mesmo, genético. Muitas são as estratégias para combate ao tabagismo, englobando a prevenção, a proteção e o tratamento medicamentoso e comportamental (MOTTA *et al.*, 2015).

### 5.2.5 Sedentarismo/Obesidade

O sedentarismo e a obesidade relacionam-se intimamente em grande parte dos pacientes com DCV sendo, o primeiro, um fator de risco para desenvolvimento do segundo. Nos últimos anos observa-se um aumento exponencial na incidência e prevalência de ambas em todas as camadas da sociedade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). A obesidade possui uma relação direta com incidência de resistência à insulina, inflamação e aterosclerose, uma vez que o excesso de tecido adiposo aumenta a produção de citocinas inflamatórias, que acometem o corpo difusamente (AZEVEDO; BRITO, 2012).

A etiologia da obesidade é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, comportamentais, socioeconômicos e psicossociais (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Mudança do estilo de vida é a principal forma de reduzir a prevalência da obesidade, podendo-se associar tratamento medicamentosos ou cirúrgicos a depender do quadro clínico (AZEVEDO; BRITO, 2012).

### 5.3 Ações de prevenção e controle

O debate sobre o controle e a prevenção das DCVs intensifica-se na atualidade focando, principalmente, nos fatores de risco preveníveis. Dentre eles, ressalta-se a importância da redução do consumo de álcool e tabaco, seja por meio de proibições de consumo em locais públicos, do aumento nos impostos dos referidos produtos para inibir a venda, da proibição de propagandas que estimulem as vendas ou do estímulo a realização de campanhas enfatizando a grande quantidade de doenças decorrentes destes vícios (LOTTENBERG, 2009).

Além disso, é essencial incentivar a prática de atividades físicas regularmente, priorizando as atividades aeróbicas e as mudanças alimentares, reduzindo ingestão de sal e gorduras saturadas, priorizando consumo de frutas e verduras e evitar excesso de carboidratos e açúcares (SIMÃO *et al.*, 2013)

O aconselhamento e o acompanhamento deve ser realizado por profissionais da saúde e visam orientação à população, seja individualmente ou por meio de grupos, esclarecendo as dúvidas e explicando a importância da alimentação saudável. Deve-se associar tratamento farmacológico assim que necessário para impedir evolução desfavorável e/ou complicações (LOTTENBERG, 2009).

Por fim, e não menos importante, deve-se promover ações que estimulem um estilo de vida saudável como prevenção ao surgimento das DCVs (SIMÃO *et al.*, 2013; LOTTENBERG, 2009).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Segundo Faria, Campos e Santos (2018), ao desenvolver um plano de intervenção, é possível analisar os problemas identificados no diagnóstico situacional e elaborar um plano de ação para intervenção sobre um problema selecionado. Para este plano ser elaborado, foi utilizado o PES: identificação e priorização dos problemas, descrição e explicação do problema selecionado, seleção dos “nós críticos” e desenho das operações. O PES tem a proposta de um processo participativo possibilitando a incorporação de idéias e sugestões dos vários setores e atores sociais, inclusive da população.

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

O alto índice de doenças cardiovasculares foi o principal problema de saúde da comunidade da ESF Cristal identificado e decorrente, sobretudo, do alto índice de três fatores de risco: hipertensão arterial, tabagismo e hipercolesterolemia.

A prevalência e a incidência das doenças cardiovasculares se torna consideravelmente maior na população acima de 45 anos, sendo que as principais são: doenças coronarianas, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e trombose venosa. Doenças cardiovasculares são as principais causas de limitação física e óbito na comunidade.

Devem ser realizadas ações para diminuir a crescente incidência de novos casos, que visam combater os principais fatores de risco em algumas localidades pertencentes à ESF, porém ainda consideradas bem falhas e parcialmente ineficazes. São elas: grupos operativos para o HIPERDIA, grupos de tabagistas, que visa o cessar do fumar, estratificação de risco cardiovasculares e posterior rastreio complementar rigoroso daqueles com risco considerável.

**Quadro 2** – Número de usuários de acordo com as principais Doenças Cardiovasculares presentes na Estratégia Saúde da Família Cristal, município de Baldim, Minas Gerais.

<b>Principais doenças cardiovasculares existentes na ESF Cristal</b>		
Doenças	Valores	Fontes
Doenças coronarianas	21	Registro das ACS
Doenças cerebrovasculares	17	Registro das ACS
TVP/Embolia pulmonar	8	Registro das ACS
Insuficiência cardíaca	27	Registro das ACS
Doença arterial periférica	5	Registro das ACS

Obs.: os dados utilizados são àqueles registrados pelos agentes comunitários de saúde, que ainda se encontram desatualizados (2017).

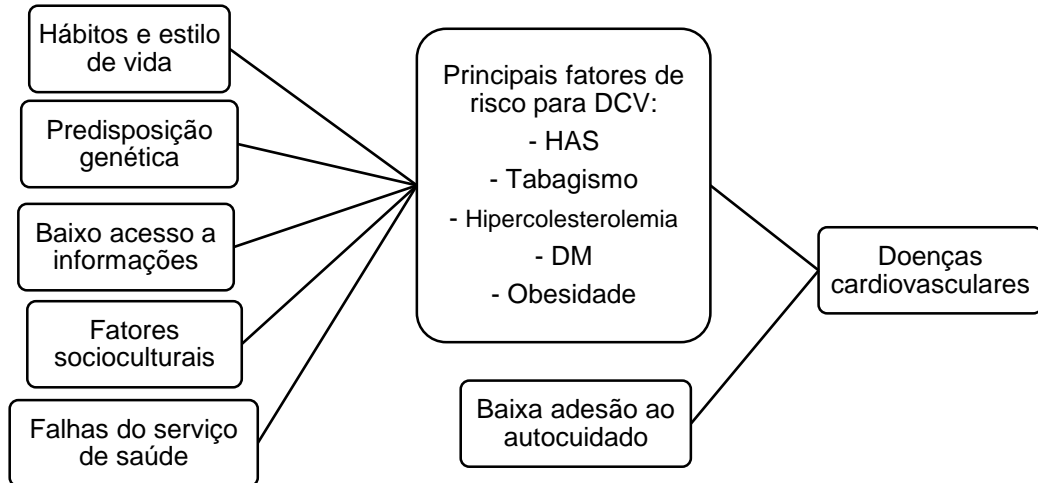
**Quadro 3** – Número de usuários de acordo com os principais fatores de risco para Doenças Cardiovasculares de usuários da Estratégia Saúde da Família Cristal, município de Baldim, Minas Gerais.

<b>Principais fatores de risco para doenças cardiovasculares na ESF Cristal</b>		
Comorbidades	Valores	Fontes
Hipertensão arterial	361	Registro das ACS
Tabagismo	152	Registro das ACS
Dislipidemia	98	Registro das ACS
Diabetes Mellitus	85	Registro das ACS
Obesidade	27	Registro das ACS

Obs.: os dados utilizados são àqueles registrados pelos agentes comunitários de saúde, que ainda se encontram desatualizados (2017).

## 6.2 Explicação do problema (quarto passo)

**Figura 1** – Principais causas para a ocorrência de fatores de riscos que levam a Doenças Cardiovasculares na Equipe de Saúde da Família Cristal, no município de Baldim/MG



### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais nós críticos encontrados para o alto índice de doenças cardiovasculares, sobretudo o grande número de fatores de risco que contribuem para a ocorrência das mesmas, são:

- Hábitos e estilo de vida inadequados, que ocorrem principalmente pelo baixo nível educacional e por se tratar de uma população mais pobre financeiramente;
- Baixa adesão dos usuários ao autocuidado a saúde (tratamento farmacológico e não farmacológico) pelo fato de a maioria da população não conseguir ler e nem ter conhecimento de autocuidado, além de terem dificuldade em compreender o significado de uso diário da medicação. Além disso, há falta de medicação e pouca variedade de medicamentos;
- Falta de atividades educativas preventivas realizadas pela equipe como os grupos operativos, devido a cobertura de área geográfica da ESF rural ser muito grande e, sobretudo, pela limitação dos espaços físicos destinados aos atendimentos - indisponibilidade de recursos para o trabalho da equipe.

#### **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)**

A partir dos “nós críticos”, citados anteriormente, responsáveis pelo problema do alto índice das doenças cardiovasculares na UBS Cristal, foram estabelecidas operações/projetos a fim de enfrentar e solucionar esses problemas, identificando posteriormente os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização da operação, sendo eles: organizacional, cognitivo, político e financeiro. Os Quadros 4, 5 e 6 exemplificam todos os passos citados acima.

Ressalta-se que na UBS Cristal, a maioria dos recursos necessários para a concretização dessas operações se concentram nas esferas políticas e econômicas.

**Quadro 4** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 1, relacionado ao problema “Alto índice de Doenças Cardiovasculares” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilo de vida inadequados dos pacientes.
<b>6º passo: Operações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o nível de informação da população sobre hábitos de vida adequados utilizando pesquisas;</li> <li>- Promover discussão em grupo com a nutricionista e educador físico sobre alimentação e atividades físicas;</li> <li>- Trabalhar temas, através de dinâmicas, com a psicóloga como: tabagismo, alimentação saudável e alcoolismo;</li> <li>- Praticar atividades físicas e grupo de recreação com o educador físico;</li> <li>- Abordar nos grupos operativos os riscos de viver com maus hábitos alimentares e sedentários;</li> <li>- Orientar os pacientes nas consultas e nas atividades em grupo sobre a importância do autocuidado.</li> </ul>
<b>6º passo: Projeto</b>	“Melhor saúde”
<b>6º passo: Resultados esperados</b>	Diminuição ou controle clínico dos principais fatores de risco de DCV (tabagismo, HAS, DM, obesidade e hipercolesterolemia) através da mudança comportamental da alimentação e prática de exercícios físicos.
<b>6º passo: Produtos esperados</b>	Grupos operativos, ação multidisciplinar da equipe.
<b>6º passo: Recursos necessários</b>	<p>Cognitivo: conhecimento e informações.</p> <p>Político: apoio da gestão, locais adequados, materiais adequados, profissionais capacitados.</p> <p>Financeiro: materiais a utilizar, contratação de profissionais da equipe, construção ou mudança dos locais de atendimento.</p>
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Político e financeiro: contratação de mais profissionais capacitados para a equipe, proporcionar locais adequados para atendimentos e grupos.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Apresentar e discutir o projeto com a Secretaria Municipal de Saúde. Motivação pouco favorável
<b>9º passo; acompanhamento do plano – responsáveis e prazos</b>	Os principais responsáveis serão os profissionais diretamente ligados ao projeto: médico, enfermeira, ACS, psicólogo, nutricionista e educador físico. Encontros mensais ou bimestrais serão feitos para discutir o desenvolvimento do projeto. Prazo 04 meses para início das atividades.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Será feito pelos mesmos profissionais citados acima. O roteiro de monitoramento e avaliação será feito mensalmente a partir do cronograma mensal de atendimentos e grupos, adequando ao funcionamento da ESF Rural.

Fonte: Autoria própria, 2019.



**Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 2, relacionado ao problema “Alto índice de Doenças Cardiovasculares” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.**

<b>Nó crítico 2</b>	Baixa adesão ao autocuidado à saúde.
<b>6º passo: Operações</b>	- Avaliar o nível de informação da população sobre a importância do autocuidado; - Promover a consciência da importância da aderência aos cuidados à saúde; - Abordar nos grupos operativos a importância da adesão correta aos diversos tipos de tratamento e ações preventivas.
<b>6º passo: Projeto</b>	“Mais saúde”
<b>6º passo: Resultados esperados</b>	Aumento da aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico.
<b>6º passo: Produtos esperados</b>	Grupos operativos, consultas, triagens, visitas domiciliares.
<b>6º passo: Recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento e informações. Financeiro: disponibilidade de medicações não fornecidas na atenção básica, disponibilidade de exames complementares, contratação de profissionais da equipe, construção ou mudança dos locais de atendimento.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Organizacional: dificuldade de estabelecer datas e organizar grupos operativos regulares, por se tratar de uma ESF que atende várias localidades. Financeiro: aumento dos gastos destinados ao fornecimento de mais medicações e exames, contratação de mais profissionais e construção de novos locais de atendimento.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Médica e enfermeira ao organizar cronograma da equipe. Discutir o cronograma da equipe de forma antecipada: favorável Discutir os gastos destinados à saúde pública com a Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: pouco favorável
<b>9º passo; acompanhamento do plano – responsáveis e prazos</b>	Os profissionais envolvidos no projeto vão acompanhar o desenvolvimento das ações e propondo modificações se necessário; prazo 02 meses para início das atividades.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Os profissionais envolvidos no projeto vão monitorar e avaliar o efeito das operações propostas.

Fonte: Autoria própria, 2019.

**Quadro 6** – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico 3, relacionado ao problema “Alto índice de Doenças Cardiovasculares” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cristal, do município Baldim, Minas Gerais, 2019.

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de atividades educativas preventivas realizadas pela equipe - indisponibilidade de recursos para o trabalho da equipe.
<b>6º passo: Operações</b>	- Melhorar o serviço prestado para as comunidades das diferentes localidades pertencentes à ESF Cristal, através de melhores estruturas físicas para o funcionamento do serviço, melhores conduções, mais equipamentos e mais profissionais para equipe, visto que essa se encontra incompleta.
<b>6º passo: Projeto</b>	“Melhor atendimento”
<b>6º passo: Resultados esperados</b>	Melhorar a busca ativa da população de risco para descoberta e tratamento precoce dos doentes e possibilitar a melhor realização de ações e grupos operativos.
<b>6º passo: Produtos esperados</b>	Estruturas mais adequadas para o atendimento da equipe nas localidades, materiais adequados e contratação de profissionais para a equipe.
<b>6º passo: Recursos necessários</b>	Organizacional: explorar os novos espaços físicos e materiais ofertados; Político: mobilidade e interesse para construção ou mudança dos locais de atendimento; Financeiro: construção ou mudança dos locais de atendimento, fornecimento de mais materiais e contratação de mais profissionais.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Financeiro e político: aumentar os recursos financeiros destinados a ESF Rural.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Prefeitura Municipal mobilizar alteração nos locais de atendimento da ESF: favorável Discutir com a SMS e prefeito municipal sobre as necessidades que a equipe rural tem para realizar um melhor trabalho. Maiores recursos para a contratação de profissionais e recursos: pouco favorável
<b>9º passo; acompanhamento do plano – responsáveis e prazos</b>	Fica de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, sobretudo do secretário de saúde, acompanhar as obras e alterações dos serviços prestados; prazo 07 meses para início das atividades.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Autoria própria, 2019.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As UBS são a porta de entrada preferencial do SUS. O objetivo dessas unidades é atender e resolver até 80% dos problemas de saúde da população, assim como de promoção à saúde, ou seja, buscar melhoria da qualidade de vida e permitir o rastreamento de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, a fim de controlá-los.

A proposta desse plano de ação é implantar um projeto de intervenção que visa o controle dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, assim como proporcionar melhor qualidade de vida e assistência em saúde para àqueles já acometidos.

Espera-se que os resultados das ações propostas neste plano de intervenção possam, de fato, conscientizar as comunidades pertencentes a ESF Cristal, tornando-as núcleos disseminadores do aprendizado em relação às consequências das doenças cardiovasculares na vida das pessoas, sobretudo as limitações causadas nas funções básicas de vida.

Busca-se a eficácia na prevenção dos principais fatores de risco para as DCV's, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e obesidade, a fim de diminuir a incidência de suas complicações, como as doenças cardiovasculares.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, D. R. *et al.* Intervenções não farmacológicas para melhor qualidade de vida na insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 1, p. 198-209, 2017

ARNETT, D. K. *et al.* 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Circulation.** v.140, n.11, e596–e646, 2019.

AZEVEDO, F. R.; BRITO, B. C. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 6, p. 714-723, 2012

BALDIM. Prefeitura Municipal de Baldim. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Baldim 2014-2017.** Baldim, 2019. p. 01 a 81.

BALDIM. Prefeitura Municipal de Baldim. **Município de Baldim.** 2017. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-baldim.html>. Acesso em: 30 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 30 jul 2020.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS. M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 79p.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca> . Acesso em: 10 nov 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **IBGE Cidades@.** Minas Gerais, Baldim. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/baldim/panorama>.

KLEINDORFER, D. *et al.* The challenges of community-based research: the beauty shop stroke education project. **Stroke**, v. 39, n. 8, p. 2331-2335, 2008.

KUMAR, S. Cardiovascular disease and its determinants: public health issue. **J Clin Med Ther**, v. 2, n.1: 3, 2017.

LOTTEBERG, A. M. P. Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 5, p. 595-607, 2009.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3 (Supl. 3), p. 1-83, 2016.

MAKDISSE, M. *et al.* Prevalência e fatores de risco associados à doença arterial periférica no projeto corações do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 6, p. 402-414, 2008 .

MARQUES, A. P. *et al.* Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2271-2282, 2020

MESQUITA, E. T. *et al.* Entendendo a Hospitalização em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, v. 30, n. 1, p. 81-90, 2017.

MOTTA, J. V. S. *et al.* Mobilidade social e tabagismo: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1515-1520, 2015.

PINHO, R. A. *et al.* Doença arterial coronariana, exercício físico e estresse oxidativo. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, n. 4, p. 549-555, 2010.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018 .

SANTOS, A. L. T. *et al.* Análise crítica das recomendações da Associação Americana de Diabetes para doença cardiovascular no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 5, p. 657-666, 2009

SILVA, L. C. C. *et al.* Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J. Bras. Pneumol.**, v. 42, n. 4, p. 290-298, 2016.

SIMÃO A. F. *et al.* I Diretriz de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.**, v.101, n. 6 (Supl.2), p. 1-63, 2013.

SIQUEIRA, A. F.A.; ALMEIDA-PITITTO, B.; FERREIRA, S.R.G. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 51, n. 2, p. 257-267, 2007.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A.. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **65th World Health Assembly document A65/54**: Second report of Committee A, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 20 jan. 2020.