

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

LUCAS ALVES DIAS

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**ITAÚNA – MINAS GERAIS
2014**

LUCAS ALVES DIAS

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientador: Ana Cláudia Porfírio Couto

ITAÚNA – MINAS GERAIS

2014

LUCAS ALVES DIAS

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Banca Examinadora:

Profa. Dr. Ana Claudia Porfirio Couto (Orientadora)

Prof. Ms. Christian Emmanuel Torres Cabido

Aprovada em Belo Horizonte, em ____/____/____

Resumo

O objetivo desse trabalho é apresentar uma proposta de intervenção para reduzir o risco cardiovascular da área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro de Lourdes, na cidade de Itaúna, Minas Gerais, melhorar sua qualidade de vida, reduzir a morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e reduzir também os gastos do dinheiro público com saúde. Para tanto, identifica-se os fatores determinantes do risco cardiovascular aumentado do PSF Lourdes e descreve-se a fundamentação teórica para a organização da assistência na atenção primária, abordando as competências da atenção primária, incluindo as atribuições dos profissionais, além da atenção programada. Após explicar o problema e identificar os “nós críticos”, o projeto apresenta o desenho das operações, com as ações a serem realizadas para os problemas priorizados: modificar hábitos e estilos de vida; aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares; melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado; implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado. Em seguida, identifica os recursos críticos, analisa a viabilidade do plano e finaliza com o plano operativo. O plano de monitoramento e avaliação está presente para observar se as atividades estão sendo executadas conforme o planejado, com os resultados esperados. A proposta apresentada é viável no contexto atual da equipe para a melhoria do cuidado em saúde. Além de melhorar a vivência dos profissionais, contribui para as relações profissionais, melhorando também as relações com a comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doenças Cardiovasculares. Fatores de Risco.

Abstract

The object of this work is to present a proposal for intervention to reduce cardiovascular risk in the area of Lourdes neighborhood's Family Health Strategy, Itaúna city, Minas Gerais, improve their quality of life, reduce morbidity and mortality from cardiovascular diseases and also reduce spending public money. For that, it identifies the determinants of increased cardiovascular risk of Lourdes Family Health Strategy and describes the theoretical basis for the organization of care in primary care, addressing the skills of primary care, including the responsibilities of professionals, in addition to the scheduled attention. After explaining the problem and identify the most important causes, the project presents the design of operations, with the actions to be performed for the prioritized problems: changing habits and lifestyles; increase the level of public information about the cardiovascular risks, improve the structure of the service for the care of patients with increased cardiovascular risk; deploy care line to increased cardiovascular risk. Then, it identifies critical resources, analyzes the feasibility of the plan and concludes with the operating plan. The monitoring and evaluation plan is present to observe whether the activities are being implemented as planned, with the expected results. The proposal is feasible in the current context of the team for the betterment of healthcare. In addition to improving the experience of professionals, contributes to professional relationships, also improving relations with the community.

Keywords: Primary Health Care. Cardiovascular Diseases. Risk Factors.

Sumário

1	Introdução	6
1.1	Justificativa	8
2	Objetivos	9
2.1	Objetivo Geral	9
2.2	Objetivo Específico	9
3	Método	10
4	Referencial Teórico	11
4.1	Abordagem das condições crônicas de saúde na população	11
4.2	Organização da assistência	12
4.2.1	Competências da atenção primária à saúde	12
4.2.1.1	Atribuições gerais dos profissionais da atenção primária à saúde.....	14
4.2.1.2	Atribuições específicas dos profissionais da atenção primária à saúde.....	14
4.2.2	Atenção programada na atenção primária à saúde	18
5	Proposta de Plano de Intervenção (Plano de Ação)	20
5.1	Desenho das operações	20
5.2	Identificação dos recursos críticos	22
5.3	Análise da viabilidade do plano	22
5.4	Elaboração do plano operativo do projeto de intervenção	24
5.5	Plano de monitoramento e avaliação	25
6	Considerações Finais	26
	Referências	27

1 Introdução

Itaúna é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Está localizado no Quadrilátero Ferrífero, no Colar Metropolitano da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a 76 km da capital. Limita-se ao sul com Itatiaiuçu (Grande Belo Horizonte), ao leste com Mateus Leme (Grande Belo Horizonte), ao oeste com Carmo do Cajuru, ao norte com Pará de Minas e, ao noroeste, com Igaratinga. O Prefeito é Osmando Pereira (PSDB) (2013–2016); a Secretária Municipal de Saúde, Ângela Gonçalves do Amaral. População de 85.396, pelo Censo IBGE/2010.

O Hospital Manoel Gonçalves (Bairro São Judas Tadeu) é mantido por uma entidade e também possui parceria com a Prefeitura Municipal no funcionamento do Pronto-Socorro 24 horas. O hospital possui cerca de 150 leitos. O município mantém também a Policlínica Municipal Doutor Ovídio Nogueira Machado (São Geraldo) que dispõe de exames e consultas com especialistas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Existem unidades de Saúde da Família em diversos bairros. A Prefeitura mantém ainda o CAPS-NAPS (Hospital Dia - Núcleo de atendimento psico-social) e o CAPS-AD (Álcool e drogas).

O Programa de Saúde da Família (PSF) Lourdes encontra-se no bairro de mesmo nome, localizada em uma de suas principais avenidas (Dorinato Lima), de fácil acesso. Horário de funcionamento de 07:00 às 16:00. Conta com um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de Enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde (ACS) e uma mesária. A unidade funciona em uma casa alugada pela prefeitura, com consultório médico, outro para a enfermeira, recepção, área para espera pelos pacientes, área para atendimento pelos auxiliares de Enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas e banheiro. Nos fundos há a área para os funcionários, com cozinha, refeitório e banheiro.

A equipe do PSF do bairro de Lourdes, Itaúna/MG, realizou análise situacional por Estimativa Rápida para identificar os problemas da população da área de abrangência. As fontes de dados foram registros dos prontuários, fichas dos agentes comunitários de saúde, fichas de produção dos profissionais da equipe, informantes-chave, observação ativa da área pelas visitas domiciliares realizadas pelos diferentes profissionais, além de fontes secundárias como Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e Relatório Anual de Gestão.

Sobre a população identificou-se gravidez na adolescência, pouca capacidade de ação (problema na mobilização e atuação conjunta). Sobre o ambiente, houve problema no sócioeconômico: nível de escolaridade e renda baixos. No perfil de doenças, as principais causas de morbimortalidade são Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus, sobrepeso/obesidade, depressão/ansiedade, tabagismo, etilismo, doenças osteoarticulares.

Sobre os serviços de saúde identificou-se a sobrecarga do Pronto-Socorro da cidade, ausência de alguns especialistas e problemas no PSF: foco na demanda espontânea com pouca atenção programada, poucas atividades preventivas. E sobre a política de saúde, a secretaria de saúde é pouco disponível, a prefeitura repassa salário aos ACS inferior ao que lhes é de direito.

A priorização de problemas foi feita com os critérios: a importância do problema, sua urgência, a capacidade da equipe para enfrentá-los. Obtiveram maior valor nessas categorias o grupo das doenças cardiovasculares, seus fatores de risco e seu manejo na Atenção Primária. O problema principal, que é terminal, é o Risco Cardiovascular Aumentado. O manejo na Atenção Primária é um problema intermediário, faz parte da cadeia de causas. E as doenças cardiovasculares são consequências.

Os “nós críticos”, ou seja, as causas do problema risco cardiovascular aumentado são: hábitos e estilos de vida inadequados (fatores de risco para doenças cardiovasculares); nível de informação da população (sobre fatores de risco e importância das atividades preventivas); processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema (conscientização e operacionalização de grupos operativos); estrutura dos serviços de saúde. Se essas causas forem combatidas, haverá capacidade de impactar sobre o problema principal e efetivamente transformá-lo.

1.1 Justificativa

Risco cardiovascular é um problema importante por ser muito prevalente no PSF Lourdes, como observado na população geral. O interesse em estudar o tema vem do vivenciar diário com as demandas de tantos pacientes sob esse risco. O presente trabalho deve ser feito para entender o problema vivenciado pela equipe de Saúde da Família e contribuir para melhorar a situação. É importante estudá-lo pelas suas consequências: desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus, Acidentes Vasculares Encefálicos, Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Renal Crônica, com consequentes morbimortalidade e gasto de dinheiro público. As doenças circulatórias lideram não somente as estatísticas de mortalidade, mas também as causas de internação hospitalar (CHAIMOWIKZ, 2013).

O descritor “população com risco cardiovascular aumentado” foi avaliado. O indicador “percentual da população com risco cardiovascular aumentado”, dado pelo número de indivíduos com risco cardiovascular aumentado sobre o número de indivíduos com mais de 20 anos, também foi abordado. A população adota hábitos de vida não saudáveis: erro alimentar, sedentarismo, tabagismo e etilismo. Muitos acabam ganhando peso, indo do sobrepeso até os diferentes graus de obesidade. Em conjunto observam-se vários fatores de risco, modificáveis, que levam ao surgimento de doenças cardiovasculares, como Hipertensão Arterial e Diabetes. Soma-se a esses problemas a forma de abordagem da equipe, que precisa ser melhorada. A atenção é mais voltada para a demanda espontânea, com prejuízo da atenção programada, sendo que é através desta que se obteria o melhor controle das doenças crônicas. Grupos operativos, como de hipertensos, diabéticos e tabagistas, não são feitos, por descrédito tanto da população quanto dos profissionais da equipe, perdendo-se um espaço para orientação e prevenção dos fatores de risco para as doenças em questão. Somam-se a essas deficiências a falta de alguns medicamentos hipotensores na Farmácia Básica e indisponibilidade pelo SUS de alguns exames necessários para o acompanhamento das doenças cardiovasculares.

Caso não sejam introduzidas ações sobre o risco cardiovascular aumentado da população, os usuários desenvolverão doenças cardiovasculares e os já doentes, sem controle, aumentarão os índices de complicações, internações hospitalares e mortes. Ou seja, aumenta-se a morbi-mortalidade e os gastos do dinheiro público. O papel dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde é fundamental na prevenção, que deve atuar na identificação de fatores de risco e casos crônicos que podem se tornar agudos, orientando os pacientes ao melhor controle da(s) condição(ões) de saúde (MELO, 2012).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família, a fim de reduzir o risco cardiovascular da área de abrangência do PSF Lourdes.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores determinantes do risco cardiovascular aumentado do PSF Lourdes;
- Descrever a fundamentação teórica para a organização da assistência na atenção primária à saúde.

3 Método

A revisão de literatura foi feita com os descritores: Atenção Primária à Saúde, Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco. Foi acessada a base de dados MEDLINE, no período de 02/11/2013 a 19/11/2013.

Foram seguidos os passos do “Planejamento Estratégico Situacional – PES” desenvolvido pelo chileno Carlos Matus (1989; 1993). Os problemas foram definidos através de diagnóstico situacional por Estimativa Rápida. Na priorização dos problemas, Risco Cardiovascular Aumentado foi selecionado. O problema foi descrito e explicado.

Foram selecionados os nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados (fatores de risco para doenças cardiovasculares); nível de informação da população (sobre fatores de risco e importância das atividades preventivas); processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema (conscientização e operacionalização de grupos operativos); e estrutura dos serviços de saúde. Se essas causas forem combatidas, haverá capacidade de impactar sobre o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Um problema é gerado por outros problemas. O problema principal, Risco Cardiovascular Aumentado, é quase estruturado, por ser bastante complexo, com acentuadas dificuldades para seu enfrentamento (multicausado); não é visto como um problema por todos os atores (alguns profissionais da equipe e parcela significativa da população); as soluções não são vistas como as mesmas por todos; é um problema produzido no processo social e precisam ser enfrentado com base na elaboração de um plano de ação. Além disso, é um problema terminal: pois é vivido diretamente pelos usuários, prejudicado pela organização da atenção, sendo este último um problema intermediário, que faz parte da cadeia de causas do problema.

Para o Planejamento Estratégico Situacional, buscou-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Considerou-se a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.

4 Referencial Teórico

4.1 Abordagem das condições crônicas de saúde na população

Mendes (2011) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no Sistema Único de Saúde (SUS) denominado Modelo de Atenção às Condições Crônicas, representado na Figura 1.



Fonte: Mendes, 2011.

Grande parte da população, sob os cuidados de uma equipe de saúde, encontra-se nos níveis 1 e 2. As intervenções de nível 1, que devem ser aplicadas na população total, estão relacionadas a macropolíticas, como: educação, distribuição de renda, trabalho, habitação, lazer, saneamento. No 2, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve realizar o rastreamento das subpopulações com fatores de risco para desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): tabagistas, sobrepeso ou obesidade, sedentários, uso excessivos de álcool, alimentação inadequada.

No nível 3, usuários com fatores de risco e com condições crônicas de baixo e médio risco devem ser foco de intervenções da APS, com tratamento da condição crônica e rastreamento de complicações. Nos níveis 4 e 5, de intervenções a condições crônicas complexas e muito complexas, havendo complicações, é necessário manejo de caso de forma individualizada e em cogestão com especialistas.

A proporção do espaço à esquerda da linha que perpassa os níveis 2 a 5 representa a fração do cuidado que deve ser destinada ao autocuidado, apoiado pela equipe; à direita, a fração referente ao cuidado profissional. Quanto maior a complexidade da condição crônica, mais relevante será o cuidado profissional. Em contrapartida, uma menor complexidade da condição crônica ou com fator de risco, o autocuidado apoiado representa a mais efetiva fração de atenção. É nesse cenário que a atuação da APS se faz mais pertinente.

4.2 Organização da assistência

O enfrentamento das condições crônicas de saúde exige a organização da assistência aos usuários a partir de estratificações de risco da população. O risco em um indivíduo é consequência da presença, interação e potencialização de todos os fatores que contribuem para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, salientando-se que o risco cardiovascular é muito mais alto que a somatória do risco de cada fator isolado (PIANCASTELLI, 2013).

No presente trabalho será dada ênfase a risco cardiovascular global de hipertensos. Para fins operacionais, na rede de atenção da Secretaria de Estado de Saúde (SES)/MG, a estratificação de risco cardiovascular encontra-se detalhada em Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais (2012).

4.2.1 Competências da atenção primária à saúde

A Unidade de APS deve ser a porta de entrada do usuário no SUS e garantir o vínculo do usuário. Deve ser o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, coordenando os fluxos e contra-fluxos do usuário no sistema de saúde (MENDES, 2011).

É fundamental que os profissionais inseridos na APS desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho (FARIA, 2009). No quadro 1 são apresentadas as competências da APS, conforme estratificação das condições de saúde.

Quadro 1 - Competências da APS de acordo com a estratificação do hipertenso para seu risco cardiovascular global

Estratificação de risco cardiovascular global	Baixo	Moderado	Alto
Competências da APS	Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de complicações (incluindo atividades educativas para hipertensos cadastrados). Realizar a busca ativa de casos. Realizar o diagnóstico de casos, investigando usuários com fatores de risco.	Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de complicações (incluindo atividades educativas para hipertensos cadastrados). Realizar a busca ativa de casos. Realizar o diagnóstico de casos, investigando usuários com fatores de risco.	Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de complicações (incluindo atividades educativas para hipertensos cadastrados). Realizar a busca ativa de casos. Realizar o diagnóstico de casos, investigando usuários com fatores de risco.

Realizar o cadastramento dos usuários.	Realizar o cadastramento dos usuários.
Realizar a primeira consulta médica para os hipertensos cadastrados.	Realizar a primeira consulta médica para os hipertensos cadastrados.
Realizar a estratificação de risco.	Realizar a estratificação de risco.
Realizar o tratamento e acompanhamento dos hipertensos cadastrados, por meio de consultas multiprofissionais e grupos operativos.	Realizar o tratamento e acompanhamento dos hipertensos cadastrados, por meio de consultas multiprofissionais e grupos operativos.
Realizar o diagnóstico precoce de complicações.	Realizar o encaminhamento do usuário para atenção secundária.
Realizar o primeiro atendimento de urgência e encaminhamento para outro nível de complexidade, quando pertinente.	Realizar o diagnóstico precoce de complicações.
Elaborar e acompanhar o plano de cuidado e o plano de autocuidado apoiado.	Realizar o primeiro atendimento de urgência e encaminhamento para outro nível de complexidade, quando pertinente.
	Cooperar com o plano de cuidado a ser elaborado pela atenção secundária à saúde e acompanhá-lo.
	Elaborar e acompanhar o plano de autocuidado apoiado, de acordo com as recomendações da atenção secundária.

4.2.1.1 Atribuições gerais dos profissionais da atenção primária à saúde

As seguintes atribuições gerais de todos os profissionais da APS foram retiradas de Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2013):

- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário.
- Identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos para o desenvolvimento da hipertensão e do DM, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e atualizar continuamente essas informações, priorizando as situações de maior risco no planejamento local.
- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, ações programáticas e de vigilância à saúde, conforme a necessidade de saúde da população local.
- Garantir o atendimento à demanda espontânea, quando pertinente.
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

4.2.1.2 Atribuições específicas dos profissionais da atenção primária à saúde

As seguintes atribuições específicas de cada profissional foram retiradas de Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2013).

Agente comunitário de saúde

- Esclarecer à comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus (DM) e Doença Renal Crônica (DRC), orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- Contribuir para o rastreamento dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), DM e DRC em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa.

- Encaminhar para a equipe de enfermagem os usuários rastreados com suspeita de HAS, DM e DRC.
- Verificar o comparecimento dos usuários às consultas agendadas na Unidade de APS.
- Registrar na sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico médico de HAS, DM e DRC.
- Colaborar com o monitoramento da execução dos planos de cuidado dos usuários.
- Perguntar sempre ao usuário se ele está utilizando com regularidade os medicamentos prescritos e se estão sendo seguidas as orientações relacionadas a dieta, atividade física, controle de peso, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (confirmar tais informações com outros membros da família).
- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).

Auxiliar de enfermagem / técnico de enfermagem

- Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, DM e DRC.
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida ligados à alimentação, à prática de atividade física, à cessação do tabagismo e ao uso abusivo de álcool.
- Verificar os valores da glicemia capilar, da pressão arterial, do peso, da altura e de outros parâmetros clínicos pertinentes, em indivíduos provenientes da triagem ou da demanda espontânea da Unidade de Saúde.
- Executar os procedimentos de enfermagem conforme os protocolos existentes.
- Registrar informações no prontuário clínico e outras fichas padronizadas e alimentar os sistemas de informação.
- Cuidar dos equipamentos da unidade, realizar manutenção preventiva e comunicar sobre a necessidade de manutenção corretiva e reparos quando necessário.
- Orientar as pessoas sobre o uso correto dos medicamentos e insumos prescritos.
- Colaborar com o monitoramento da execução dos planos de cuidados dos usuários.
- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).

Enfermeiro

- Desenvolver atividades educativas de promoção à saúde com a comunidade.
- Desenvolver atividades educativas, individuais ou em grupo, com hipertensos, diabéticos, doentes renais crônicos e seus familiares e cuidadores.
- Capacitar os auxiliares/técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, supervisionando de forma permanente suas atividades.
- Realizar consulta de enfermagem de acordo com a periodicidade sugerida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG) (2013), apresentada em seguida no item 4.2.2.
- Solicitar exames complementares conforme as diretrizes apresentadas no item 4.2.2, os protocolos de enfermagem e as legislações vigentes.
- Encaminhar o usuário para consultas com o médico da equipe, conforme periodicidade apresentada no item 4.2.2 ou outra necessidade em saúde detectada.
- Realizar avaliação dos pés do usuário diabético.
- Realizar outros procedimentos de enfermagem conforme atribuições específicas.
- Elaborar com a equipe de saúde e acompanhar o plano de cuidados dos usuários com HAS de baixo e moderado risco, com DM com controle metabólico bom e regular e com DRC nos estágios 1, 2 e 3A.
- Colaborar com o plano de cuidado dos usuários assistidos pela atenção secundária e acompanhá-lo.
- Elaborar com a equipe de saúde o plano de autocuidado dos usuários.
- Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão do usuário ao tratamento.
- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).

Médico

- Desenvolver atividades educativas de promoção à saúde com a comunidade.
- Desenvolver atividades educativas, individuais ou em grupo, com hipertensos, diabéticos, doentes renais crônicos e seus cuidadores.
- Avaliar a presença de fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, DM e DRC.
- Realizar confirmação diagnóstica dos usuários com essas condições crônicas.

- Solicitar exames complementares conforme as diretrizes apresentadas nesse trabalho.
- Identificar possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades.
- Estratificar o perfil de risco do usuário.
- Estabelecer a conduta adequada aos casos, incluindo a terapia pertinente.
- Encaminhar os usuários com as condições crônicas para os pontos de atenção secundários e terciários, de acordo com os critérios presentes nesse trabalho.
- Elaborar com a equipe de saúde e acompanhar o plano de cuidados dos usuários com HAS de baixo e moderado risco, DM com controle metabólico bom e regular e DRC nos estágios 1, 2 e 3A.
- Colaborar com o plano de cuidado dos usuários assistidos pela atenção secundária e acompanhá-lo.
- Elaborar com a equipe de saúde o plano de autocuidado dos usuários.
- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).
- Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão do usuário ao tratamento.

Outros profissionais de saúde de nível superior

- Desenvolver as ações e práticas inerentes a sua competência profissional, respeitando as definições das diretrizes específicas.

4.2.2 Atenção programada na atenção primária à saúde

A atenção programada subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde, permite a eficiência na utilização de recursos e a equidade na atenção. Possibilita adesão ao tratamento e prevenção de complicações, agudizações, hospitalizações e mortalidade (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013). A programação local deve ser feita utilizando-se os parâmetros expressos nos quadros 2 e 3.

Dentre os procedimentos, destaca-se sobre as tecnologias para abordagem aos indivíduos: importância da interdisciplinaridade para o desenvolvimento exitoso do trabalho com grupos; conhecer a realidade do sujeito através das visitas domiciliares; a consulta como encontro entre usuário e profissional de saúde com potencial de transformação do cuidado com a saúde (VASCONCELOS, 2009).

Quadro 2 – Parâmetros de assistência para os usuários com HAS, por estrato e procedimento, na APS

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Raio X de tórax	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

Quadro 3 – Parâmetros de assistência para os usuários com HAS, por estrato e exame laboratorial, na APS

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global	Moderado risco cardiovascular global	Alto risco cardiovascular global
Glicemia de jejum	1 a cada 3 anos	1 a cada 2 anos	1 a cada ano
Creatinina	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Potássio	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol total	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol frações	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Triglicérides	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Urina rotina	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Microalbuminúria	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Hemoglobina ou hematócrito	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.

5 Proposta de Plano de Intervenção (Plano de Ação)

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (nós críticos) do problema selecionado (CAMPOS, 2010). As operações são conjuntos de ações desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos, de poder. A efetividade foi atributo norteador da qualidade do cuidado, para resolver os problemas do maior número de pessoas utilizando eficientemente os recursos disponíveis (FARIA, 2010).

5.1 Desenho das operações

Com o problema explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

O quadro 4 apresenta os objetivos desse passo: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

**Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema
Risco cardiovascular aumentado**

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos.	o Programa de caminhada orientada; e campanha educativa na rádio local.	Organizacional: para organizar as caminhadas; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.

Quadro 4 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema Risco cardiovascular aumentado (Continuação)

Nível de informação	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	População mais informada sobre riscos cardiovasculares.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; capacitação dos ACS e de cuidadores.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda Político: articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde Família inadequado para enfrentar o problema	Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contrareferência.	Cobrir a população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para risco cardiovascular e protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação e gestão da linha de cuidado implantadas.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrareferência).

5.2 Identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (Quadro 5).

Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema Risco cardiovascular aumentado

Operação/Projeto	Recursos críticos
Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Político: articulação intersetorial.
Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

5.3 Análise da viabilidade do plano

O ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do plano. No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade, nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus objetivos.

Para analisar a viabilidade do plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano (Quadro 6).

Quadro 6 – Análise da viabilidade e propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Modificar hábitos e estilos de vida.	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social; Secretária de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de Educação	Favorável	Não é necessária
Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).	Prefeito municipal Secretária Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede
Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretária Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária

5.4 Elaboração do plano operativo do projeto de intervenção

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias, conforme o quadro 7.

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas. O papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano.

Quadro 7 – Plano operativo do projeto de intervenção

Operações	Responsável	Prazo
Modificar hábitos e estilos de vida.	Médico e fisioterapeuta	e Três meses para o início das atividades
Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Médico e enfermeira	Início em quatro meses e término em seis meses
Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Médico e coordenador de ABS	Quatro meses para apresentação do projeto, oito meses para aprovação e liberação dos recursos, quatro meses para compras dos equipamentos
Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado	Médico e coordenador de ABS	Início em três meses e finalização em doze meses

5.5 Plano de monitoramento e avaliação

O desenvolvimento do plano de intervenção será acompanhado monitorando a “população com risco cardiovascular aumentado” e o “percentual da população com risco cardiovascular aumentado” atuais e após 6 e 12 meses. Além disso, detalhar nesse monitoramento número e percentual de Hipertensos, Diabéticos e Dislipidêmicos controlados; Obesos, Tabagistas, Sedentários; além de Complicações de Problemas Cardiovasculares, Internações e Óbitos por Causas Cardiovasculares. A planilha apresentada no quadro 8 será usada para preenchimento dos dados coletados.

Quadro 8 – Planilha de acompanhamento para Risco Cardiovascular Aumentado

Indicadores	Atual		6 meses		1 ano	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hipertensos esperados						
Hipertensos cadastrados						
Hipertensos confirmados						
Hipertensos acompanhados conforme protocolo						
Hipertensos controlados						
Diabéticos esperados						
Diabéticos cadastrados						
Diabéticos confirmados						
Diabéticos acompanhados conforme protocolo						
Diabéticos controlados						
Portadores de dislipidemia						
Obesos						
Tabagistas						
Sedentários						
Complicações de problemas cardiovasculares						
Internações por causas cardiovasculares						
Óbitos por causas cardiovasculares						

Os protocolos e controle de hipertensos e diabéticos devem seguir as metas laboratoriais para tratamento das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2007, 2010) e Sociedade Brasileira de Diabetes (2011). As coletas de dados semestrais devem ser seguidas por processamento e análise, para observar se as atividades estão sendo executadas conforme o planejado, com os resultados esperados.

6 Considerações Finais

No processo de ensino-aprendizagem, foi relevante a sistematização do trabalho realizado no formato proposto em Correa (2013), pois possibilitou o entendimento do projeto em suas sucessivas etapas, e conferiu-lhe relevância acadêmica. A organização da assistência a risco cardiovascular aumentado foi identificada como necessidade, e o estudo da literatura possibilitou o desenvolvimento do plano de intervenção e seu monitoramento, para avaliar se os objetivos foram alcançados.

A proposta apresentada é viável no contexto atual da equipe de saúde da família do PSF do bairro de Lourdes. A enfermeira que reassumiu o cargo na unidade melhorou a coesão do trabalho dos profissionais, em prol da melhoria do cuidado em saúde. Tal fato contribui para o aprimoramento das atividades desenvolvidas, incluindo a implementação deste plano.

A sistematização fundamentada das atividades, proporcionada pelo plano, pode melhorar a vivência dos profissionais. A divisão de tarefas contribui para as relações profissionais. Além disso, o desenvolvimento do plano pode ser visto pelos usuários como empenho em cuidar bem de sua saúde, melhorando também as relações com a comunidade.

Recomenda-se para trabalhos futuros a atualização de protocolos e metas laboratoriais de acordo com novas publicações das diretrizes. Para que a proposta seja aplicada, salienta-se a necessidade de articulação com todos os profissionais da equipe, comunidade e gestores.

Referências

- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 167p.
- Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais. **A Atenção Programada**. 2012. Disponível em: [HTTP://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-minas](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-minas). Acesso em: 10 nov 2013.
- Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais. **Estratificação de Risco**. 2012. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-minas. Acesso em: 10 nov 2013.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.
- FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 67p.
- FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 31 mai 2013.
- ITAÚNA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – Período de Janeiro a Dezembro de 2011**.
- MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde; um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência em atenção básica em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 137p.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos**. "In": MENDES E. V. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 601-208.
- PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C. D.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do adulto**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 173p.
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto – Conteúdo Técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (No Prelo)**. 3 ed. Belo Horizonte, 2013.

Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB). Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 mai 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2011**: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus (4 ed) 2011; São Paulo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. **IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Arq Bras Cardiol 2007; 88 (supl 1):1-18.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1):1-51.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. 73p.