

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

Angélica Gelcina Alvez Viana

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA
ISQUÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MARIA IZA VIANA DE CASTRO NO MUNICÍPIO DE BUJARI - ACRE**

**Rio Branco
2020**

Angélica Gelcina Alvez Viana

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA
ISQUÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MARIA IZA VIANA DE CASTRO NO MUNICÍPIO DE BUJARI - ACRE**

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

Orientadora: Ms. Andréa Fonseca e Silva

Rio Branco

2020

Angélica Gelcina Alvez Viana

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA
ISQUÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MARIA IZA VIANA DE CASTRO NO MUNICÍPIO DE BUJARI - ACRE**

Banca examinadora

Ms. Andréa Fonseca e Silva – orientadora- PMBH

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de novembro de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais que me deram as bases para me tornar a pessoas que sou hoje. Ao meu esposo. À minha pequena Manoela.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos acadêmicos fossem alcançados e, a todos que de alguma forma contribuíram com esse trabalho.

A persistência é o caminho do êxito.

Charles Chaplin

RESUMO

A doença cardíaca isquêmica aguda e crônica é a principal causa de morte no Brasil e mundo. É desafiador o acompanhamento de pacientes com esta patologia, tendo em vista que estes são casos crescentes, de difícil compreensão, comumente ligados a várias outras patologias atingindo, em grande parte a partir da quarta década de vida. Com base nestes fatos e no insucesso terapêutico, o objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção para a melhoria das ações de cuidado e das condições de vida das pessoas acometidas por doenças isquêmicas cardíacas isquêmica agudas ou crônicas no município de Bujari – AC. Para sua elaboração, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional. Também foi realizada uma revisão da literatura por meio de artigos da Biblioteca Virtual em Saúde do Nescun, do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), da Sociedade Brasileira de Cardiologia, pesquisas realizadas no Google Científico, publicações do Ministério da Saúde e documentos de órgãos públicos. O recorte temporal de pesquisa de artigos foi de 2014 a 2020, na língua portuguesa. Como produto final foi proposto um plano de intervenção junto à comunidade, onde poderemos verificar a melhoria no autocuidado, a eliminação de hábitos nocivos à saúde e uma melhor aderência ao tratamento pelos pacientes. Considerando o proposto, os pacientes poderão apresentar uma melhor expectativa de vida, diminuindo internações, complicações e até mesmo a morte súbita.

Descritores: Doença Cardiovascular. Comportamentos Saudáveis. Infarto do Miocárdio.

ABSTRACT

Acute and chronic ischemic heart disease is the leading cause of death in Brazil and worldwide. It is challenging to monitor patients with this pathology, considering that these are growing cases, difficult to understand, commonly linked to several other pathologies, reaching, in large part, from the fourth decade of life. Based on these facts and the therapeutic failure, the objective of this work is to propose an intervention plan to improve the care actions and the living conditions of people with acute or chronic ischemic heart disease in the municipality of Bujari - AC. For its elaboration, the Situational Strategic Planning method was used. A literature review was also carried out through articles from the Nescon Virtual Health Library, the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Brazilian Society of Cardiology, research carried out on Google Cientifico, publications by the Ministry of Health and documents from public agencies. The time frame for researching articles was from 2014 to 2020, in Portuguese. As a final product, an intervention plan was proposed to the community, where we can verify the improvement in self-care, the elimination of harmful habits to health and a better adherence to treatment by patients. Considering what was proposed, patients may have a better life expectancy, reducing hospitalizations, complications and even sudden death.

Descriptors: Cardiovascular disease. Healthy Behaviors. Myocardial infarction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAC	Doença Aterosclerótica crônica
DCI	Doença Cardíaca Isquêmica
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
EAD	Educação a distância
ESF	Equipe de Saúde da Família
E-SUS	Estratégia de Informatização da Atenção Básica
HTA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa;
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PEC	Prontuário Eletrônico de Cidadão
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade cadastrada à equipe de Saúde Urbana, Unidade Básica de Saúde Maria Iza Viana de Castro, município de Bujari, Estado do Acre, ano de 2020. 19
- Quadro 2 – Desenho da Operação sobre o “nó crítico 1”: Hábitos de vida inadequados em paciente com idade igual ou maior a 40 anos, na população sob responsabilidade UBS Maria Iza Viana de Castro, do município Bujari, Estado de Acre.... 30
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” Falta de adesão e monitoramento ao tratamento relacionado ao problema “Doença Cardíaca Isquêmica”, na população sob responsabilidade UBS Maria Iza Viana de Castro, do município Bujari, Estado de Acre. 31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Aspectos Gerais do Município de Bujari	14
1.2 O sistema Municipal de Saúde	14
1.3 Aspectos da Comunidade	15
1.4 A unidade Básica de Saúde Maria Iza Viana de Castro	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria Iza Viana de Castro	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria Iza Viana de Castro	16
1.7 O dia a dia da Estratégia Saúde da Família Maria Iza Viana de Castro	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 Priorização do problema – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Atenção Primária à Saúde com enfoque a doença cardíaca	25
5.2 Estratégias Saúde da Família	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**REFERENCIAS**

32

33

1. INTRODUÇÃO

1.1. Aspectos Gerais do Município de Bujari

O município Bujari surgiu a partir da criação da Empresa Seringal, fundada pelo cearense Neutel Maia, em 28 de dezembro de 1882 sendo elevada à categoria de município acreano no ano de 1993. O município se localiza a 22,31 km² de distância da capital do Estado e, pertence à mesorregião do Vale do Juruá e a Micro Região de Rio Branco e no ultimo Censo de 2019 constava com 10.266.000 habitantes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2019)

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2010) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Bujari é de 0,589 posicionando-o na faixa de desenvolvimento humano baixo. Entretanto, esse índice vem apresentando evolução crescente desde o ano de 1991 que era de 0,267 representando um crescimento de 120,60% no ano de 2010. É importante destacar que o aumento do IDHM no município está atrelado principalmente à educação, o indicador em que houve maior crescimento absoluto. (IPEA, 2010).

A economia de Bujari é baseada no comércio, extrativismo vegetal, na pecuária e agricultura de subsistência, sobretudo piscicultura e na produção de hortaliças que são comercializados dentro do próprio município e pela BR-364, que liga a cidade diretamente com a capital Rio Branco impulsionando cada vez mais a economia local.

O acesso a saúde é facilitado por 2 (duas) unidades básicas de saúde, 01(uma) academia de saúde na zona urbana, e uma (01) na Unidade Básica de Saúde (UBS) na zona rural, onde também são realizadas atividades de trabalho com toda equipe de saúde junto a comunidades mais distantes.

1.2 O Sistema de Saúde de Bujari

Bujari é uma cidade ainda em desenvolvimento com poucos habitantes, não sendo suficiente para implementação do atendimento multidisciplinar complementar, não existindo Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF), também há falta de profissionais especializados em Psicologia, fisioterapeuta, Nutricionista e

ortopedia, especialidades fundamentais para o cuidado, acompanhamento e prevenção de agudização de patologias de base. Outro grande ponto é a falta de medicamento disponíveis na farmácia, medicações chegam em pouca quantidade e logo acaba, faltando medicações primordiais para atenção primária ainda mais levando em conta a população de baixa renda.

É importante destacar que o sistema de saúde do município não possui pontos de atenção secundários e terciários sendo necessário o apoio dos pontos de atenção de outros municípios, principalmente da capital Rio Branco. Em situações de urgências os usuários são encaminhados para outra cidade por meio de do próprio município ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Entretanto, a contra referência não é satisfatória entre os pontos de atenção por falta de retorno sobre os pacientes por parte das instituições referenciadas.

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade de abrangência da UBS Maria Iza Viana de Castro é responsável pela metade da população total no município, especificamente os moradores da zona urbana que esta em lento processo de desenvolvimento, contando com poucas ruas asfaltadas, algumas de tijolos bem danificadas. O município apresenta uma avenida central onde se situa alguns comércios, lotérica inclusive a UBS. Está avenida se ramifica para direita e esquerda dando acesso a periferia composta por declives e aclives em sua maioria.

O abastecimento de água de é de baixa qualidade, e é feito três vezes na semana, não possuindo sistema de esgotamento sanitário público. A coleta de lixo é realiza por um caminhão não apropriado que recolhe o lixo uma vez por semana.

A população bujariense conta hoje com (01) uma creche, (01) um centro de juventude, 01 (uma) escola de nível fundamental e médio, 1 (um) Banco do Brasil, 1(uma) Caixa Econômica Federal, (01)uma Lotérica, (01) um Correio, (01) uma Igreja Católica e três (3) Igrejas Evangélicas

O lazer da população se dá através da utilização da quadra de futsal, do campo de futebol com fácil acesso e da praça central na entrada do município ao lado da prefeitura. Na zona rural são utilizados os banhos de açude e a pesca, possibilitando maior contato com a natureza.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Iza Viana de Castro

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Iza Viana de Castro está localizada na Rua José Pereira Gurgel, s/n, no Centro do Município em um prédio público que conta com 14 (catorze) salas distribuídas entre 02 (dois) consultórios médicos, 1 (uma) sala de consulta com a enfermagem, 01 (um) consultório odontológico, 01 (uma) sala de vacina, 01 (uma) sala de reunião que se intercala com a enfermagem, 01 (uma) farmácia, 01 (uma) recepção, 01 (uma) sala de triagem, 01 (uma) sala de medição, 01 (uma) sala de curativo e 01 (uma) copa, 01 (uma) sala de expurgo e a 01 (uma) sala de direção.

A UBS foi cadastrada no ano de 2003 para prestar atendimentos de Atenção Primária à Saúde (APS) aos moradores do centro da Cidade de Bujari. Abriga uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma Equipe de Saúde Bucal.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria Iza Viana de Castro

A ESF Urbana é formada por 01 (uma) médica, 02 (dois) enfermeiras, 01 (uma) farmacêutica, 03 (três) técnicos em enfermagem, 01 (uma) secretária de higienização 07 (sete) agentes comunitários de saúde (ACS), 01 (uma) recepcionista. Já a Equipe de Saúde Bucal é composta apenas por 01 (uma) cirurgiã dentista e 01 (uma) auxiliar em saúde bucal.

A relação interpessoal da equipe apresenta alguns conflitos, mas há respeito e cordialidade, durante as reuniões existem algumas divergências sobre as atribuições de cada equipe, onde se observa certa individualidade, processo de trabalho, que por consequência diminui a eficácia do serviço prestado a população.

A equipe possui uma boa relação com a clientela existindo empatia, amor e vontade de ajudar o próximo, onde o resultado final se equilibra, conseguindo manter vínculo e seguimento dos pacientes.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria Iza Viana de Castro

O funcionamento da unidade se inicia a partir das 07:00 AM às 17:00 horas, o paciente é recebido pela recepcionista, que coloca o paciente no sistema e-sus,

logo o paciente é encaminhado a triagem e direcionado ao atendimento necessário. São realizadas consultas Médicas e de enfermagem com demanda agendada para evitar que os pacientes fiquem a esperar e algumas fichas para demanda espontânea, sendo as vezes insuficiente pela alta demanda de pacientes, inclusive da zona rural, á dias que na outra UBS Raimundo Porfirio não tem atendimento medico e a população busca a UBS Maria Iza.

Na UBS Maria Iza também são realizadas as vacinas conforme a idade, o sevcio de puericultura é escasso pela falta de local especifico na unidade e profissional capacitado pra tal atendimento, são realizados curativos por demanda espontânea de pequena e media complexidade.

O atendimento da unidade incluiu uma alta demanda de visitas domiciliares para idosos, acamados, e pacientes com comorbidade que limitam sua ida a unidade, é realizada pela equipe contando com um médico, uma técnica de enfermagem e o agente comunitário de saúde correspondente à micro área, a unidade referencia para assistência rural não conta com Médico de Saúde Familiar, portanto algumas visitas do Maria Iza são destinadas a zona Rural.

1.7 O dia a dia da Estratégia Saúde da Família Maria Iza Viana de Castro

O atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Iza Viana de Castro é dividido entre demanda espontânea e programada, sendo que a maior parte do tempo é destinada a demanda espontânea. Para otimizar o processo de trabalho é realizada uma triagem dos pacientes para classificação de risco para designar as de atividades de consultas, com o médico, enfermeiro, acompanhamento a saúde da mulher por meio de exames preventivos, pré-natal, vacinas, encaminhamento ao médico especialista, fornecimento de medicamentos e pequenos procedimentos curativos, exérese de corpo estranho, pequenas suturas e outros.

São realizadas visitas pelo médico e/ou enfermeiro nas residências de usuários com maior vulnerabilidade, isto é, com agravos de saúde que impossibilitam o paciente de ir até a UBS ou mesmo situações que necessitam de atenção especial da equipe. Os agentes comunitários de saúde da EFS realizam visitas domiciliares diariamente durante todo o mês, cobrindo 89% da população.

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

Foi desenvolvido um levantamento utilizando a metodologia de estimativa rápida dos problemas na área de abrangência da UBS Maria Iza Viana de Castro, onde foram entrevistados moradores da comunidade acerca dos aspectos que consideram prejudiciais a saúde, tanto sociais, econômicos e biológicos baseada na proposta de investigação dos autores Faria, Campos e Santos (2018). Também foram ouvidos os profissionais da equipe de saúde onde foram abordados assuntos pertinentes ao processo de trabalho como organização do atendimento, demanda, estrutura física da UBS e entre outros. Além disso, foram analisados arquivos e prontuários dos anos 2019 a 2020 para verificar os agravos à saúde mais recorrentes e os desfechos dos quadros apresentados. Segue abaixo composição da população na faixa etária de maiores de 40 anos de idade, cadastrada na UBS Maria Iza Viana de Castro.

Tabela 1- População maior de 40 anos de idade por sexo cadastrada na UBS Maria Iza Viana de Castro, ano 2020.

Faixa etária	Masculino:	Feminino:	Total:
40 a 49 anos	260	341	601
50 a 59 anos	185	186	371
60 a 69 anos	116	151	267
70 a 79 anos	84	78	162
80 anos ou mais	51	39	90
Total:	696	795	1491

Fonte: e-SUS AB, Prontuário Eletrônico do Cidadão, 2019/2020.

Diante da junção de todos os aspectos observados por esse diagnóstico situacional, se destacaram entre os principais problemas enfrentados pela população:

- ⇒ Hipertensão Arterial;
- ⇒ Diabetes mellitus;
- ⇒ Doença isquêmica do coração;
 - ⇒ Doença cerebrovascular;

- ⇒ Obesidade;
- ⇒ Pacientes acamados;
- ⇒ Saúde mental;
- ⇒ Automedicação;

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

Para a priorização dos problemas foi considerado as característica da população, a qual na sua grande maioria está entre a 3° e 4° década de vida, com fatores de risco cardiovascular que podem ser prevenidos, porém estão acentuados, como dislipidemias, sedentarismo, má adesão ao tratamento. É importância considerar a resolução dos problemas para a comunidade, a urgência de intervenção por parte da equipe, a capacidade de enfrentamento na atenção básica e a relevância para os usuários e a equipe. Foram assim classificados abaixo:

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade cadastrada à equipe de Saúde Urbana, Unidade Básica de Saúde Maria Iza Viana de Castro, município de Bujari, Estado do Acre, ano de 2020.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Doença isquêmica do coração	Alta	7	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	6	Parcial	2
Diabetes mellitus	Alta	5	Parcial	3
Doença cerebrovascular;	Alta	5	Parcial	4
Saúde Mental	Alta	4	Parcial	5
Doença pulmonar obstrutiva crônica;	Alta	4	Parcial	6
Automedicação	Alta	1	Parcial	7
Obesidade	Alta	0	Parcial	8

Pacientes Acamados	Alta	-	Parcial	9
--------------------	------	---	---------	---

Fonte: próprio autor, 2020.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho vem demonstrar a importância de um tema pouco discutido na região, ao mesmo tempo em que se trata de uma comorbidade de grande prevalência na área e que pode ser prevenida ou retardada.

A cardiopatia isquêmica é a principal causa de óbitos no Brasil e no mundo, em aproximadamente 40% dos casos resulta em morte súbita (SANTOS; BIANCO, 2018). Esses dados estatísticos são refletidos também no município de Bujari, no Acre, onde as cardiopatias apresentam alta prevalência e incidência representando um grande risco aos usuários acometidos.

Vale destacar que a cidade não conta com pontos de atenção especializados para o atendimento de urgências e principalmente urgências cardiológicas, até mesmo recursos escassos para estabilização do quadro clínico, tornando a situação extremamente preocupante.

Considerando a realidade local, a equipe escolheu abordar como problema prioritário a cardiopatia isquêmica pelas limitações que estes pacientes apresentam no dia a dia, relacionados a própria patologia, cujo projeto de intervenção poderá melhorar o panorama atual da doença na região, focalizando principalmente em medidas preventivas e de promoção a saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Apresentar um plano de intervenção para a melhoria das ações de cuidado e da das condições de vida das pessoas acometidas por doenças isquêmicas cardíacas agudas ou crônicas no município de Bujari , na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Maria Iza Viana de Castro.

3.1 Objetivos Específicos

- Propor mecanismo de monitoramento das pessoas na faixa de idade de 40 anos ou mais com predisposição para doença cardíaca através da elaboração de linha de cuidado para pacientes com cardiopatia isquêmica;
- Fortalecer o vínculo da equipe de saúde com a população.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração desse projeto de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido por Faria, Campos e Santos (2018) e abordado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento enquanto um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento criando uma corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e mesmo, viabilidade política, ao plano (FARIA; CAMPOS; SANTOS; 2018 p. 26).

A revisão da literatura foi realizada com base em artigos da Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), da Sociedade Brasileira de Cardiologia, pesquisas realizadas no Google Científico, publicações do Ministério da Saúde, documentos de órgãos públicos. O recorte temporal de pesquisa de análise de artigos foi de 2012 a 2020 na língua portuguesa.

O texto foi redigido seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A pesquisa de dados da região se deu entre 2019 a 2020, com a população assistida pela ESF Urbana da UBS Maria Iza Viana de Castro, através do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e pelo conhecimento do perfil da população pela equipe de saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial da Saúde relata que a doença isquêmica é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. A morte súbita é manifestada inicialmente em mais de 40% dos primeiros casos, e ainda assim, mais da metade não conseguem ser admitidos em hospitais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). Os profissionais da saúde devem estar preparados para lidar com este grande desafio, que é identificar e tratar todos os pacientes com doenças cardiovasculares e suas manifestações.

Barcelos, Madureira e Ribeiro (2013) relata o aumento da expectativa de vida dos brasileiros nas últimas décadas, com número cada vez maior de pessoas idosas e a prevalência de doenças cardiovasculares também vem aumentando, junto ao número de pessoas nessa população que necessitam de acompanhamento.

A doença isquêmica do coração é o resultado da redução (parcial ou total) do fluxo de sangue das artérias coronárias, devido à instabilidade entre a oferta e o consumo de oxigênio. Kasper, Fauci e Hauger (2015) define que fatores que determinam a necessidade de oxigênio do miocárdio é a frequência cardíaca, a contratilidade miocárdica, a pressão dentro da cavidade, a capacidade de transporte de oxigênio satisfatória, dependente da função pulmonar, da função das hemoglobinas e o do fluxo coronariano adequado.

Em termos de prevalência, a doença cardíaca coronária é a mais comum das doenças cardíacas, podendo manifestar-se desde a doença aterosclerótica, síndrome metabólica, hipertrofia ventricular esquerda secundária a hipertensão, é classificada em clinicamente como angina estável, angina instável e quadro de infarto agudo do miocárdio com pequenas ou grandes repercussões no miocárdio. (KASPER; FAUCI; HAUGER, 2015)

Rosa, Rados, Agostinho e Katz (2017, p. 4) explicam que “a probabilidade clínica para cardiopatia isquêmica aumenta conforme idade, sexo masculino, presença de outra doença aterosclerótica e fatores de risco para doença cardiovascular (tabagismo, hipertensão, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e outros)”.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2014) a doença cardíaca isquêmica se manifesta com um quadro clínico denominado angina, que é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto em quaisquer das seguintes

regiões: tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores. É tipicamente desencadeada ou agravada com a atividade física ou estresse emocional, e atenuada com uso de nitroglicerina e derivados, a síndrome apresenta um grande arsenal de diagnósticos diferenciais necessitando de uma avaliação completa do paciente com uma anamnese criteriosa, buscando características do quadro clínico, exame físico, busca fatores de risco cardiovasculares, e exames complementários para determinar o diagnóstico.

Os principais fatores ambientais modificáveis das DCV são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse psicoemocional. Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCV, especialmente os de natureza comportamental, permitem, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade. (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012)

Foi realizado uma análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados por Massa, Duarte e Filho (2019) que relata a DCV como um tema emergente no campo do cuidado e planejamento de saúde pois é responsável pelo maior número de anos vividos com incapacidade e líder de causas de mortes evitáveis.

É necessário tratar as manifestações clínicas da doença cardíaca isquêmica, a fim de prevenir complicações como o infarto do miocárdio, a arritmia cardíaca, a insuficiência cardíaca, choque, a morte súbita, evitando ainda a recorrência dessas síndromes e a morte por doença isquêmica do coração.

5.1 Atenção Primária à Saúde com enfoque a doença cardíaca

Dada a importância na prevalência desta patologia, seus casos estáveis devem ser tratados na atenção primária à saúde. A APS é o primeiro nível de atendimento no sistema, ou seja, a porta de entrada (primeira visita de contato). A principal característica é a verticalidade, equidade e integridade do atendimento, bem como a coordenação da assistência dentro do sistema de saúde. Pode-se contar com atributos complementares, a orientação familiar, capacitações comunitárias e culturais.

Compreendendo a alta prevalência de doenças cardiovasculares na sociedade e considerando a atenção primária à saúde, que representa o primeiro nível de contato com a população/paciente, é necessário que a equipe que a compõe seja qualificada para gerenciar, para reduzir os danos e recorrência agravos de comorbidade ou suas complicações junto a população no autocuidado.

A equipe de atenção primária à saúde também é responsável pelo diagnóstico da doença cardíaca, sua classificação de estágio, avaliação de risco e acompanhamento e monitoramento da aderência ao tratamento, a promoção de intervenções de mudança de estilo de vida, etc.

Além de motivar os pacientes e incentivá-los a aderirem às intervenções preconizadas e acompanhar regularmente esses usuários, a equipe de atenção básica também enfrenta grandes desafios no controle da introdução de medicamentos e tratamentos não medicamentosos.

Na APS deve-se manter uma periodicidade de consultas adequadas para avaliar o controle da doença e seus fatores de risco, bem como otimizar tratamento farmacológico. A equipe multidisciplinar tem papel importante no auxílio do controle dos fatores de risco e identificar modificações nas queixas do paciente que sugiram avaliação precoce com o médico. (ROSA; RADOS; AGOSTINHO; KATZ, 2017).

5.2 Estratégias Saúde da Família

Um dos recursos disponíveis que podem melhorar o trabalho da atenção primária à saúde é a cooperação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, atuando junto a profissionais de diversas unidades para contribuir com a atenção básica à saúde. Esta parceria consiste em utilizar-se de métodos de trabalho complementares, como um suporte técnico-pedagógico, equipes responsáveis por atenção aos problemas de saúde, diretrizes sanitárias, orientação, prevenção de doenças cardiovasculares e tratamento das mesmas.

Sobre este assunto, Oliveira e Pereira (2013, p. 2) destacam:

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com

base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.

Importante ressaltar que a equipe deverá ser composta, ao menos, pelo médico especializado em medicina de família; o enfermeiro especializado em saúde da família; o auxiliar/técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde, profissionais de saúde capacitados, sensibilizados a busca ativa e identificação rápida dos pacientes em risco de desenvolver DCI, evitando assim o agravo e suas possíveis consequências, como impossibilidade de atividades cotidianas e desfechos fatais.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado: Alta incidência de cardiopatia isquêmica na população, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Para proceder a análise deste problema, considerou-se o número de pacientes com Doença Cardíaca Isquêmica na UBS Maria Iza Viana de castro, o qual foi detectado mais de 15 pacientes com angina estável, 5 com angina instável e mais de 50 pacientes com alto risco de desenvolver a doença, onde a equipe buscar fazer controle periódico bem como a consideração da necessidade de capacitação, protocolos e apoio qualificado.

No dia a dia observasse uma alta demanda de pacientes cada vez mais jovens com obesidade, picos hipertensivos, diabete mellitus entre outros fatores para DCI, por outro lado pacientes que negligenciar a saúde com hábitos nocivos. Observamos também, um número importante de pacientes de alto risco desacompanhados de seus familiares, e falhas no tratamento medicamentoso, por falta do mesmo na rede de distribuição pública, ausência do apoio familiar, por medo de depender do medicamento ou por acreditarem que sem sintomas não há doença.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A população bujariense é dividida em zona rural e urbana, o baixo desenvolvimento do município reflete no conhecimento da população sobre a doença, pois na maioria, recém-urbanizada, observa-se pouco conhecimento e descaso por parte dos mesmos, em relação a pequenas ações e hábitos saudáveis sobre o impacto que tem na saúde ao longo do tempo.

Ainda é observado pacientes diagnosticados com má adesão ao tratamento medicamentoso, e muitos optam pela medicina tradicional comprometendo o tratamento e a história natural da patologia. Desta forma, pacientes diagnosticados

com Doença Cardíaca Isquêmica em sua maioria não praticam o autocuidado necessário como tratamento não farmacológico, com alimentação inadequada, sedentarismo, e ainda não realizam o controle medicamentoso necessário, etc. No âmbito da ESF, há ainda ausência de atividades relacionada a orientação desde pacientes.

A população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Maria Iza Viana de Castro vem contando, cada vez mais, com pessoas diagnosticadas com cardiopatia isquêmica, e com alto risco cardiovascular.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os principais fatores influenciadores do problema em tela são: hábitos de vida inadequados, e a adesão ao tratamento pelos próprios pacientes. Considerando os fatores supramencionados, podemos compreender a necessidade de modificar hábitos por meio de estímulos, orientações e conscientização dos benefícios das atividades físicas, alimentação saudável, etc.

1. **Nó crítico 1:** Hábitos de vida inadequados em paciente com idade igual ou maior há 40 anos, situação que é caracterizada por sedentarismo, alimentos supersaturados de gorduras, tabagismo e outros agentes nocivos, quadro que pode ser revertido por meio de conscientização alimentar, apresentando consequências do consumo ao longo prazo de alimentos com boas e más repercussões no organismo, incentivar atividade física como um estilo de vida saudável, o qual faça parte da sua rotina.

2. **Nó crítico 2:** Falta de adesão e monitoramento ao tratamento, situação caracterizada pelo autocuidado deficiente, falta de apoio familiar; medicina tradicional alternativa e terapia medicamentosa falha, as possibilidades de ação são direcionadas a conscientização e conhecimento da doença e suas possibilidades de tratamento, monitoramento quanto ao tratamento, participação familiar.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Nossa equipe de saúde propôs, com base dos nós críticos, as operações e projetos necessários para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações, conforme apresentados abaixo.

Quadro 2 - Desenho da Operação sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de cardiopatia isquêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe da UBS Maria Iza Viana de Castro, do Município Bujari, Estado Acre.

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados
Melhoria	Modificar hábitos inadequados
Projeto	Bem Viver
Resultados esperados	Promover hábitos saudáveis junto a população Diminuir os fatores predisponentes a DCI Prática de atividade física regularmente Melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Melhorar ações de prevenção da doença e reabilitação dos pacientes.
Produtos esperados	Atividades físicas regulares; Palestras educativas. Aumento de informação sobre a doença Fortalecer o vínculo com a equipe de saúde
Recursos	Atividades educativas. Veiculação de informação sobre o tema. Recursos financeiros para entrega de boletins informativo sobre o tema. Disponibilização de local para o desenvolvimento da atividade e recursos.
Recursos críticos	Mobilização social para discutir melhorias; informação de estratégias; Local para desenvolvimento das atividades educativas; Recursos audiovisuais, folhetos educativos entre outros.
Controle de recursos críticos	Setor de comunicação social e secretária de saúde
Ações estratégicas	Palestras educativas sobre prevenção e atividades de grupo e discussão em grupo
Prazo	Três meses
Responsáveis pelo acompanhamento	Médico, enfermeiros, equipe de saúde da família.
Acompanhamento	A cada Dois meses acompanhamento e capacitação dos profissionais.

Quadro 3 – Desenho da Operação sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de cardiopatia isquêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe da UBS Maria Iza Viana de Castro, do Município Bujari, Estado Acre.

Nó crítico 2	Falta de adesão ao tratamento
Melhoria	Elaborar linha de cuidados através dos protocolos e monitoramento através de programas assistenciais estabelecidos.
Projeto	Coração Consciente
Resultados esperados	Disponibilidade de medicações e protocolos assistenciais voltados a conscientização da Doença pensando no MCCP
Produtos esperados	Participação familiar, capacitação pessoal, consultas regulares e atendimento longitudinal.
Recursos	Estrutura: organizar atividades pela equipe e garantir atendimento ao paciente; Cognitivo: trabalho em equipe.
Recursos críticos	Recursos para estruturação do serviço, informação de estratégias, decisão de aumentar recursos estruturais, além de profissionais capacitados.
Controle de recursos críticos	Secretaria social, de saúde, planejamento e ação social.
Ações estratégicas	Apresentar projeto de estruturação e elaborar linha de cuidado para pacientes com cardiopatia isquêmica.
Prazo	Três meses para apresentar o projeto e cinco meses para aprová-lo e liberá-lo
Responsáveis pelo acompanhamento	Coordenação da APS
Acompanhamento	A cada dois meses acompanhamento

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de saúde familiar é um desafio para a equipe, o qual requer conhecimentos e capacitação do profissional de saúde, e um toque de empatia, amor e cuidado pela vida ao próximo, que também se estende a população, pois a saúde é um direito e responsabilidade todos.

Com o desenvolvimento deste estudo, compreende-se que os objetivos podem ser alcançados e que a linha de cuidado de pacientes diagnosticados com a doença precisa da atenção do Município, população e profissionais. A qualificação de profissionais é de suma importância, entretanto, não apenas os profissionais, mas as famílias e população precisam estar cientes de como lidar, prevenir, e manter o cuidado contínuo da própria saúde e de seus entes queridos, pois muitos eventos estão ao alcance de pequenas ações do dia a dia.

Outro assim, políticas educativas no ramo da saúde devem estar presentes, assim como a participação comunitária nas escolhas de seus líderes para realizar um trabalho conjunto que seja adequado as necessidades característica da população.

REFERENCIAS

BARCELOS E. M.; MADUREIRA M. D. S.; RIBEIRO M. T. F. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>

BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Bujari**. Brasília- DF, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/bujari/panorama>. Acesso em: 06 de ago. 2020.

BUJARI, Prefeitura Municipal de. **Bujari**. Bujari, 2020. Disponível em: <https://www.bujari.ac.gov.br/bujari/>. Acesso em: 06 de ago. 2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; 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/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 06 de ago. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. CNM. **Bujari- AC**. 2016. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/municipios/registros/100112/100112004>. Acesso em: 06 de ago. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA E APLICADA. IPEA. **Atlas Do Desenvolvimento Humano No Brasil**. Bujari, PNUD, IPEA, 2010. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/bujari_ac#educacao. Acesso em: 06 de ago. 2020.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. IBGE. **Bujari**. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/bujari/panorama>. Acesso em: 06 de ago. 2020.

KASPER, FAUCI, HAUGER. **Harrison Princípios de Medicina Interna**, 19ª Edição, México, McGraw-Hill Education-2015. Disponível em versão digital: <http://www.mhhe.com/harrison19e>. Acesso em: 18 de Set. 2020.

MASSA K. H. C.; DUARTE Y. A. O.; FILHO A.D.P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciênc. saúde coletiva** vol.24 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2019.

OLIVEIRA M. A. C.; PEREIRA I. C. P. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** vol. 66 n°.spe Brasília Set. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020 Acesso em: 18 de Jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The top 10 causes of death. Fact Sheet** Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 18 de Set. 2020.

RIBEIRO A.G.; COTTA R. M. M.; RIBEIRO S. M. R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva** vol. 17 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100002 Acesso em: 20 ago. 2020.

ROSA, P. R.; RADOS, D. R. V.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N., **Teleconduta, Cardiopatia Isquêmica**, RS/UFRGS, Porto Alegre, 2017. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Cardio_Isquemica.pdf Acesso em: 20 de Set. 2020.

SANTOS, E. B.; BIANCO, H.T. Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.** Vol. 1, n.1, pg. 52-58, Maio de 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884997>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Rev. Soc. Bras. De Cardiologia**, Vol. 107, n.3, Suplemento 3, Setembro 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz De Doença Coronária Estável. **Rev. Soc. Bras. De Cardiologia**, Vol. 103, n.2, Suplemento 2, Agosto de 2014.