

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EMGESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

BERNARDO PINTO DE OLIVEIRA SOUZA

PACIENTES DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR E BUSCA ATIVA:
UM DESAFIO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

JUIZ DE FORA - MG
2019

BERNARDO PINTO DE OLIVEIRA SOUZA

**PACIENTES DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR E BUSCA ATIVA:
UM DESAFIO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

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

Orientadora: Profa.Dr^a. Nayara RagiBaldoni Couto

**JUIZ DE FORA - MG
2019**

BERNARDO PINTO OLIVEIRA SOUZA

**PACIENTES DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR E BUSCA ATIVA:
UM DESAFIO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Banca examinadora:

Examinador 1: Prof^a.Dr^a. Nayara RagiBalddoni Couto, Universidade de Itaúna (UIT)

Examinador 2:Prof^a.Dr^a Alba Otoni- UFSJ

Aprovado em, Divinópolis em 20 de agosto de 2019

RESUMO

A transição epidemiológica no Brasil, marcada pela mudança de morbidade causada por doenças infectocontagiosas para um padrão onde se observa a prevalência aumentada de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), trouxe consigo um desafio para os gestores de programas de prevenção em saúde pública. A senescência da população brasileira, bem como, a mudança dietético-comportamental, resultou em incidência crescente de patologias como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), obesidade e dislipidemia, entre outras. Das DCNT, as doenças do aparelho circulatório despontam como as de maior incidência tanto para morbidade quanto mortalidade. O objetivo deste estudo é, portanto, instituir protocolo para busca ativa dos pacientes com doenças cardiovasculares, considerando os desafios associados a essa abordagem. O método reside em fazer levantamento dos pacientes com HAS, DM, obesidade/dislipidemia e tabagismo a partir de dados levantados majoritariamente pelos agentes comunitários de saúde, utilizando-se do escore de Framingham para prever o risco cardiovascular. Ao utilizarmos as metodologias propostas neste tipo de estudo, podemos contribuir, não somente para a sugestão de medidas relativas à prevenção de desfechos desfavoráveis nas populações em questão, como poderemos extrapolar nossas estratégias de estratificação de risco, prevenções diagnósticas para populações com características semelhantes.

Palavras-chave: Saúde Pública. Risco Cardiovascular. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The epidemiological transition in Brazil, marked by the change in morbidity caused by infectious diseases to a pattern where there is an increased prevalence of chronic noncommunicable diseases (NCDs), has brought with it a challenge for public health prevention program managers. The senescence of the Brazilian population, as well as the dietary-behavioral change, resulted in an increasing incidence of pathologies such as Systemic Arterial Hypertension (SAH), Diabetes Mellitus (DM), obesity and dyslipidemia, among others. Among NCDs, circulatory diseases are the most prevalent for both morbidity and mortality. The objective of this study is therefore to institute a protocol for active search in patients with cardiovascular disease, considering the challenges associated with this approach. The method is to survey patients with hypertension, diabetes mellitus, obesity / dyslipidemia and smoking from data collected mainly by community health agents, using the Framingham score to predict cardiovascular risk. By using the methodologies proposed in this type of study, we can contribute not only to the suggestion of measures related to the prevention of unfavorable outcomes in the populations in question, but we can extrapolate our strategies of risk stratification, prevention and diagnosis to populations with similar characteristics.

Keywords: Public Health. Cardiovascular risk. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Aspectos gerais do município de Manhauçu.....	6
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	7
1.3 A Equipe de Saúde Matinha, seu território e sua população.....	8
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	11
1.5 Priorização dos problemas.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS.....	16
4. MÉTODO.....	17
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1 Risco cardiovascular elevado	14
5.2 Busca ativa aos pacientes de alto risco	15
6. PLANO DE INTREVENÇÃO.....	20
6.1 Descrição do problema selecionado.....	20
6.2 Explicação do problema.....	20
6.3 Seleção dos nós críticos.....	21
6.4 Desenho das operações.....	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Manhuaçu

O município de Manhuaçu situa-se na região da Zona da Mata Mineira, ocupa uma área de 628,318 km², está a uma altitude de 635m em relação ao nível do mar, e apresenta densidade demográfica de 126,65hab/km², e uma população de 89.256 habitantes (IBGE, 2018) . O município é o maior da microrregião, além de ser polo econômico, de prestação de serviços e oferecer uma boa infraestrutura hoteleira para turismo da região Vertente do Caparaó (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANHUAÇU, 2015; IBGE, 2018).

De acordo com informações da Prefeitura de Manhuaçu (2015), a palavra 'Manhuaçu' em Tupi significa "Grande Chuva", foi emancipada no dia cinco de novembro de 1877 e, alguns anos depois, tornou-se cidade. Neste período a cidade perdeu uma grande área territorial, originando 70 municípios que compõem o leste de Minas Gerais. Apesar da emancipação de grande parte de sua área, Manhuaçu ainda é a maior cidade da microrregião, com 621 km². Com o fim do ciclo do ouro na região, a maior riqueza do município tornou-se o café. A cidade é referência nacional no cultivo do grão e tem ele como principal cultura e aliado à sua economia(PREFEITURA MUNICIPAL DE MANHUAÇU, 2018).

Manhuaçu integra o circuito turístico do Pico da Bandeira, e apesar da economia historicamente baseada na cafeicultura, a cada dia é fortalecido o setor terciário, isto é, o setor de produtos e serviços (IBGE, 2017). Atualmente, além da sede, conta com os distritos de Realeza, Dom Correa, São Sebastião do Sacramento, Vila Nova, Ponte do Silva, São Pedro do Avaí, Palmeiras do Manhuaçu e Santo Amaro de Minas (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANHUAÇU, 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade 97,4%. O número de estabelecimento de ensino fundamental em 2018 foi 47 escolas e número de estabelecimentos de ensino médio no mesmo ano foi de 16 escolas (IBGE, 2018). Para mais informações sobre o município, segue no quadro 1.

Quadro 1: Dados do município de Manhuaçu, 2010

Total da população	80.530 habitantes	100%
População feminina	40.421 habitantes	50,19%
População masculina	40.109 habitantes	49,81%
Zona rural	14.769 habitantes	18,34%
Zona urbana	65.761 habitantes	81,66%
Densidade demográfica	128,38 hab/km ²	-
Expectativa de vida	73,4 anos	-
Mortalidade infantil até 5 anos	14,6 por mil	-
Taxa de fecundidade	2,8 filhos por mulher	-
Taxa de Alfabetização	-	92,22%
Índice de Desenvolvimento Humano	IDH-M 0,776	-
Índice de Homicídios	23,55 óbitos/100mil hab	-
IDH-M Renda: 0,692	0,692	-
IDH-M Longevidade: 0,839	0,839	-
IDH-M Educação: 0,563	0,563	-

Fonte: PNUD/2010

1.2 Sistema Municipal de Saúde de Manhuaçu

A rede municipal de saúde de Manhuaçu é composta por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dezoito Unidades Básicas de Saúde, duas Clínicas especializadas e um Pronto Socorro Geral, e dois laboratórios de Análises Clínicas, sendo um municipal e outro privado, mas também atende demandas do Sistema único de Saúde (SUS), por um contrato de prestação de serviço municipal (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANHUAÇU, 2018).

No nível terciário o município tem o Hospital Cesar Leite, que possui um total 54 leitos, sendo estes subdivididos em maternidade (sete leitos), observação masculina (oitoleitos), observação feminina (sete leitos), clínicas médicas feminina (seis leitos) e masculina (seis leitos) e pediatria (sete leitos). Em casos graves, ou na falta de

leitos no hospital os pacientes são encaminhados aos centros de referência em Governador Valadares ou Belo Horizonte.

O município possui algumas especialidades, tais como: cardiologista, clínico geral, radiologista, ginecologistas, neurologista, psiquiatra, além dos médicos da atenção básica. Além disso, o município possui fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, veterinário, enfermeiros, e odontólogos. Existem ainda clínicas privadas que atendem por convênios médicos ou particulares que realizam procedimentos de endoscopia e ultrassonografia.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Matinha, seu território e sua população

A comunidade de Matinha localiza-se na periferia do município de Manhuaçu. A população vive basicamente do trabalho informal relacionado ao cultivo do café, como sendo a principal fonte de renda do município. A grande maioria da população tem como fonte de renda a colheita do café, algo que acontece entre os meses de maio, junho e julho. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos, ressaltando também greves escolares frequentes, fato que distância os jovens da escola. Apresenta como patrimônio público: uma creche, uma escola, uma igreja católica, três igrejas evangélicas. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e tem por tradição comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Na Matinha, trabalham duas Equipes de Saúde da Família (ESF) Matinha E ESF Coqueiro Rural.

O atendimento na unidade ocorre de segunda a sexta-feira, no horário de 7h:00min às 19h:00min, excetuando-se feriados nacionais e municipais. A equipe Matinha conta com uma equipe fixa constituída pelos agentes comunitários de saúde (ACS), técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, auxiliar de serviços básicos, secretária e a equipe de odontologia (dentista e auxiliar de saúde

bucal). A equipe itinerante constituída pelos membros do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB) (fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, educador físico, psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo) atende uma vez na semana, em dias especificados.

A Unidade de Saúde funciona das 8h:00min às 17h:00min e para tanto, é necessário o apoio dos ACS. Por meio de eles, em suas visitas domiciliares, são identificados os problemas de saúde da comunidade, e as determinantes sociais que poderiam afetar a saúde da população. Há também as demandas espontâneas dos pacientes ao Posto de Saúde bem como os atendimentos realizados com base nos agendamentos efetuados tendo em vista a presença dos profissionais da Equipe. Nesse modelo de organização é exigido que a equipe tenha competência não somente técnica e política, mas também gerencial. Nossa equipe desenvolve todas essas competências e todos os membros da equipe participam da gestão. Estão envolvidos na organização e no planejamento das ações, sem uma relação de hierarquia entre eles. As decisões são tomadas num processo de ampla discussão de maneira consensuais. Desta forma, o modelo de gestão é realizado de forma colegiado

Os atendimentos, em geral, seguem o esquema de demanda espontânea e demanda programada, sendo que este responde por 2/3 do atendimento, e, aquele, por 1/3 do atendimento. Na segunda-feira, inicia com atendimento de puericultura, e em seguida, faz-se atendimento por livre demanda. No período vespertino, dá-se o atendimento aos pacientes de saúde mental. Na terça-feira pela manhã, há o atendimento das gestantes, em que é realizado o pré-natal de baixo risco, seguido de livre demanda. No período da tarde, há o atendimento à saúde do idoso. Na quarta-feira pela manhã iniciamos o 'Hiper-Dia', o qual, apesar de não oficial, segue fazendo acompanhamento dos pacientes de alto risco cardiovascular. No período vespertino ocorrem as visitas domiciliares. Na quinta-feira pela manhã, faz-se atendimento da saúde da mulher e do adolescente. No período da tarde, da seguimento às consultas gerais. Na sexta-feira não há atendimento médico, mas a equipe mantém atividades de palestras, consultas de outros profissionais da saúde e organização programática.

O atendimento da psicóloga se faz nas segundas-feiras; da farmacêutica, nas terças-feiras; da nutricionista quinzenalmente às sextas-feiras; fisioterapeuta nas quartas-feiras; educador físico quinzenalmente às sextas-feiras. A enfermeira está diariamente na unidade fazendo tanto operações próprias da enfermagem como burocráticas, gerindo a unidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Matinha atende a uma população de 3.700 habitantes, o que representa aproximadamente 8% da população do município. Na unidade, a área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (período da manhã), o atendimento é dificultado e motivo de queixa de usuários e profissionais de saúde.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na própria unidade de saúde. Pode-se considerar que a Unidade de Saúde está bem equipada para o atendimento, e conta com recursos adequados para o atendimento. Possui: mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, instrumental para pequenos curativos.

A Equipe assistencial da ESF Matinha tem o seu tempo quase todo ocupado por atendimento à demanda espontânea. Com apenas um médico e uma enfermeira a rotina de atendimento é bastante extensa. Há ainda na unidade programas de saúde bucal, puericultura, pré-natal, atendimento à hipertensos e diabéticos, além de atendimentos voltados à prevenção do câncer de mama e útero. A equipe faz outras ações de saúde, como por exemplo, palestras a grupos de hipertensos e diabéticos. O Planejamento das visitas domiciliares é feito diariamente, a depender das demandas trazidas pelos ACS. Temos identificado no território de atuação, desenvolvendo ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população. Fazemos programação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com priorização de intervenções clínicas ou sanitárias e dos grupos de risco, bem como e os fatores de risco nos problemas de saúde, de doenças e danos evitáveis. Fazemos o planejamento da agenda de trabalho, brindando assistência com resolutividade à demanda espontânea. Também realizamos uma atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a Unidade. O tempo da Equipe está ocupado quase que

exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. Há uma grande frequência de pacientes com parasitoses. A equipe faz outras ações de saúde, como por exemplo, palestras a grupos de hipertensos e diabéticos. Todos os dias nós planejamos o trabalho, agendando as visitas domiciliares dos doentes que precisam um seguimento continuado e se faz a programação da próxima semana, trabalhando com aspectos fundamentais como a valorização da educação na vida familiar, na convivência humana.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Após levantamento realizado pela equipe (médico, enfermeiro, ACS), foram identificados os seguintes problemas:

1. Há dificuldades tanto na promoção quanto na prevenção da saúde, por falta de recursos e estratégias da equipe e secretaria de saúde, e também do descaso populacional, que, a despeito das atividades propostas, faltam às reuniões.
2. Há dificuldades com as contra referências, já que o paciente, após avaliado por especialistas, não traz consigo relatório da propedêutica e conclusões clínicas aventadas. O simples preenchimento de documento de contra-referência melhoraria a continuidade em na atenção de saúde a nossa população.
3. O cadastramento dos pacientes não está atualizado no sistema, o que leva a problemas para cumprir com o processo de planejamento e gestão.
4. Há a necessidade de se aumentar as visitas domiciliares com caráter preventivo ou educativo, visando alcançar os pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção.
5. Há uma grande barreira educacional na população, o que dificulta a adesão terapêutica e, conseqüentemente, há patologias que não regredem ou até mesmo desencadeiam outros problemas multifatoriais.

6. No grupo de Pré Natal, temos atrasos em exames ou faltas pelos pacientes em exames obrigatórios como USG Obstétrico, o que desorganiza as etapas evolutivas qual é oriundo do exame, fazendo com que em determinadas situações sejam obrigatórios repetir certos protocolos por medida de segurança, atrasando o progresso.

Em linhas gerais podemos enumerar os seguintes problemas:

- Baixa adesão ao tratamento por Hipertensos e Diabéticos
- Alta incidência de obesidade
- Alta incidência de sedentarismo por estrutura física municipal deficitária
- Alta incidência de distúrbios alimentares por difícil acesso a alimentação saudável
- Número insuficiente de leitos hospitalares
- Poucas ações de prevenção e promoção da saúde
- Dificuldades com a intersetorialidade
- O processo de contrarreferência ineficiente
- O cadastramento de dados, usuários e procedimentos não é feito
- Áreas descobertas por ACS, dificultando a identificação de fragilidades assistenciais
- Alta demanda de atendimentos
- Falta de Saneamento Básico
- Falta de coleta de lixo e infraestrutura
- Grande evasão escolar e alto índice de analfabetismo
- Grande incidência de doenças parasitárias
- Grande incidência de doenças sexualmente transmissíveis
- Baixa cobertura pré-natal
- Aumento da incidência de Leishmaniose Tegumentar, Esquistossomose, Doença de Chagas e Hanseníase na área de abrangência

1.5 Priorização dos problemas

Quadro 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade descrita da Estratégia de Saúde da Família Matinha, Manhuaçu, Minas Gerais.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MATINHA MANHUAÇU, MINAS GERAIS				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento*	Seleção/Priorização**
Baixa adesão ao tratamento por Hipertensos e Diabéticos	Alta	10	2 (Dentro)	1
Alta incidência de fatores de risco cardiovasculares	Alta	9	2 (Dentro)	2
Alta incidência de sedentarismo	Alta	6	2 (Parcial)	3
Difícil acesso a alimentação saudável	Alta	5	2 (Fora)	4

Fonte: Próprio autor (2019)

2. JUSTIFICATIVA

O crescimento, em caráter epidêmico, da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, no Brasil, pode ser explicado por alguns fatores. O aumento da expectativa de vida e consequente aumento da proporção de indivíduos alcançando a senescência é um dos principais argumentos (ALESSI et al., 2005). Este fato especificamente resulta no alargamento da pirâmide etária para a população acima de 65 anos. Além disso, novos padrões dietético-comportamentais e alteração da regularidade e intensidade de atividade física através da mudança da prática laboral, são apontados como responsáveis pelo aumentada incidência de tais patologias, inclusive pelo incremento da prevalência de fatores de risco associados (ALVIM et al., 2015; AQUINO et al., 2012). A transição epidemiológica no Brasil, marcada pela mudança de morbidade causada por doenças infectocontagiosas para um padrão onde se observa a prevalência aumentada de doenças crônicas não transmissíveis, trouxe consigo um desafio para os gestores de programas de prevenção em saúde pública.

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) estão entre as prioridades da maioria dos países pelo seu impacto na mortalidade, na morbidade e nos custos decorrentes da assistência médica (CESSE et al., 2009). No Brasil, as estatísticas oficiais de mortalidade, nos dados rotineiros de vigilância epidemiológica de doenças crônicas do Ministério da Saúde revelam a frequência de fatores de risco para as DCNT. Ainda assim, pouco se conhece sobre as peculiaridades de populações diversas quanto a incidência de fatores de risco e doenças crônicas cardiovasculares (BRANDÃO et al., 2010).

Os fatores de risco ambientais são amplamente aceitos no modelo de desenvolvimento de doenças como doença arterial coronariana (DAC), obesidade, Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) ou dislipidemia (OLIVEIRA et al., 2014). Recentemente a *American Heart Association* considerou o sedentarismo, a obesidade e o diabetes fatores de risco clássico para DAC, alterando recentemente os valores pressóricos considerados para o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (*ponto de corte* 130/80 mmHg) (ALESSI, A., 2005). De fato, a

associação entre tais fatores de risco têm sido amplamente estudadas e constituem a base de programas de prevenção primária e secundária para as doenças em questão (OLIVEIRA; KLEIN; SILVA et al., 2006; OLIVEIRA, 2008; OLIVEIRA, 2014; OLIVEIRA, 2017).

Isso posto, sabe-se que os fatores de risco influenciados pela interação gene-ambiente poderiam justificar não apenas diretamente o risco de desenvolvimento destas doenças crônicas, mas também determinar indiretamente este risco. Isto poderia ser vislumbrado através de equações definidas para predição de risco em cada população (GOMES RIBEIRO, 2012; HORIMOTO, 2011; HORIMOTO, 2012; LOTUFO, 2005).

A partir do conhecimento da equipe a respeito da grande prevalência de pacientes hipertensos, diabéticos, obesos, dislipidêmicos, tabagistas, configurando, pois, aumento do risco cardiovascular na área de abrangência, decidiu-se por elencar a busca por estratégias de prevenção de patologias cardiovasculares como prioridade na ESF. Para tal, além de contar com a consulta médica eletiva para promoção, prevenção e tratamento das patologias do sistema cardiovascular, a equipe como todo se comprometeu a trabalhar, cada um na sua área de atuação, para alcançar por busca ativa os pacientes identificados como de alto risco cardiovascular.

3. OBJETIVO

Instituir protocolo para busca ativa dos pacientes com doenças cardiovasculares na população da Estratégia de Saúde da Família Matinha, do município de Manhuaçu, Minas Gerais.

4. MÉTODO

De acordo com Teixeira (2010) o “plano de intervenção” pode ser compreendido como um instrumento utilizado para estabelecer os caminhos que serão percorridos com o intuito de sanar um problema local. Metodologicamente, tal instrumento caracteriza-se como uma pesquisa-ação.

Para um melhor embasamento teórico foram pesquisados artigos e documentos oficiais nas bases de dados vinculadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites oficiais e Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Os descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados para busca por estudos foram: Saúde Pública, Doenças Cardiovasculares, Atenção Primária à Saúde, e seus respectivos na língua inglesa e espanhola.

Para concepção do plano de ação foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional(PES), sendo que os dados para análise situacional foram coletados a partir de dados da equipe de saúde, dados epidemiológicos disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e dados da Secretaria Municipal de Saúde. Ao utilizarmos as metodologias propostas neste estudo, podemos contribuir, não somente para a sugestão de medidas relativas à prevenção de desfechos desfavoráveis nas populações em questão, como poderemos extrapolar nossas estratégias de estratificação de risco, prevenção diagnóstica para populações com características semelhantes. Assim, os resultados obtidos poderão impactar positivamente na prevenção não só de doenças cardiovasculares, como também de doenças correlacionadas com neoplasias, obesidade e DM.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Risco cardiovascular aumentado

Na transição do século XX para o século XXI, a mudança do perfil demográfico da população brasileira resultou em declínio da culpabilidade de doenças infectocontagiosas sobre a morbimortalidade. Porém, houve aumento concomitante da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (SOARES et al., 2010).

No ano 2000, a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, no Brasil, correspondia a 8,6% da população total. As projeções indicam que a população de idosos será de mais de 26,2 milhões de indivíduos, em 2020, representando quase 12,4% da população total (MOURA et al., 2016).

A Base Nacional de Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) evidenciou que as doenças associadas ao aparelho circulatório correspondem a 30,87% do total de mortes no Brasil, seguidas de neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório, causas externas, doenças infecto-parasitárias e afecções do período neonatal. Além de apresentarem maior prevalência entre as DCNT, as doenças do aparelho circulatório perfazem cerca de 10% das causas de internação hospitalar.

Contudo, algumas estratégias implementadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, como a criação da Organização da Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o desenvolvimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, têm sido responsáveis pela melhora na abordagem e prevenção dos agravos de saúde mais prevalentes na população brasileira, sobretudo de fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares (AQUINO et al., 2012).

A Política Nacional da Saúde, por sua vez, tem então priorizado ações que envolvem a abordagem de assuntos relacionados à educação alimentar, incentivo à prática de atividade física e prevenção tanto do tabagismo quanto do etilismo (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012). Além disso, a expansão da Atenção Básica em Saúde, realizada nos últimos anos, ocorreu simultaneamente à maior

disponibilização de fármacos para patologias como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias e doenças cardiovasculares (LEMKE; SILVA, 2010)

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo (IDF, 2013). Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (IDF, 2013). Dentre as DCVs, a HAS constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade (SOARES, 2010).

5.2 Busca ativa de pacientes de alto risco cardiovascular

O sentido mais comum atribuído à busca ativa, muito usado nas ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador, é ir à procura de indivíduos com o fim de uma “identificação sintomática”, principalmente das doenças e agravos de notificação compulsória (LEMKE; SILVA, 2010). Busca ativa é um procedimento de suma importância no conjunto de ações em vigilância epidemiológica de investigação de campo, e tem como objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle (LEMKE; SILVA, 2010).

Busca ativa passou a ser entendida como um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, uma vez que muitos dos pacientes de maior risco cardiovascular (hipertensos, diabéticos, obesos, sedentários, tabagistas) costumam perder-se no cuidado longitudinal. Muitos dos pacientes com alto risco cardiovasculares costumam renovar receitas automaticamente, e, outros, nem mesmo fazem o acompanhamento adequado. A ideia da busca ativa é cooptar aqueles pacientes que, por alguma razão, não participam dos grupos de HAS, DM e HIPERDIA, e, muitas vezes abandonaram o tratamento. Por se tratar de doenças

crônicas, é preciso que o paciente entenda a necessidade de cuidado de longo prazo (LEMKE; SILVA, 2010).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

O primeiro passo para a identificação dos pacientes de alto risco cardiovascular consiste em identificar todos os pacientes com HAS e/ou DM. Essa primeira etapa permitirá filtrar do total de pacientes aqueles com maior probabilidade de apresentarem síndrome metabólica, entidade com grande impacto na saúde cardiovascular.

Diante da avaliação da equipe sobre as condições clínicas mais prevalentes na área, e, tendo em vista o impacto de cada uma delas na morbimortalidade da população, decidiu-se investir nas doenças cardiovasculares, as quais despontam como desafio tanto na estratégia de promoção, prevenção e tratamento na ESF.

Quadro 3: Descrição do Problema Selecionado

Descritores	Número de Casos/ ano	Fontes
Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica	582	E-SUS
Pacientes com Diabetes <i>Mellitus</i>	256	E-SUS
Absenteísmo nas consultas de controle de HAS e DM	420 (considerando controle 2x ao ano)	Registros da equipe
Pacientes com risco aumentado para patologias cardiovasculares	484	Registro da equipe

6.2 Explicação do problema

A HAS é o maior fator de risco para mortalidade no mundo. Estima-se que em 2008, 12,8% dos óbitos foram decorrentes da HAS (OLIVEIRA; KLEIN; SILVA, 2006). A HAS contribuiu nas últimas décadas para o aumento da carga de cardiopatias, acidentes cerebrovasculares, insuficiência renal e para as incapacidades

prematuras. A prevalência de HAS sofre influência de múltiplos fatores, com destaque para os demográficos, hereditários, socioeconômicos, comportamentais e antropométricos. A maioria desses fatores podem ser controlado ou modificado, sendo então possível reduzir a incidência da hipertensão e de suas complicações (OLIVEIRA, 2012). Assim, identificar os fatores associados, bem como conhecer a sua magnitude, constitui elemento de fundamental importância para subsidiar ações de controle da HAS.

A prevalência global de diabetes em adultos (20-79 anos de idade) de acordo com um relatório publicado em 2013 pela International Diabetes Federation (IDF) foi de 8,3% (382 milhões de pessoas), com mais 14 milhões de homens do que mulheres (198 milhões de homens vs 184 milhões de mulheres), a maioria entre as idades de 40 e 59 anos e o número deverá aumentar para além de 592 milhões em 2035, com uma prevalência global de 10,1% (IDF, 2013). Com 175 milhões de casos ainda não diagnosticados, o número de pessoas que atualmente sofrem de diabetes é superior a meio bilhão. O aumento da incidência de diabetes tipo 2 em jovens é principalmente devido à mudança no estilo de vida das crianças em termos de vida mais sedentária e menos comida saudável. A obesidade é a principal razão por trás da resistência à insulina, que é a principal responsável pelo diabetes tipo 2 (IDF, 2013).

A obesidade tem sido associada a vários efeitos adversos à saúde, sendo muito bem relacionada às doenças do aparelho cardiovascular. De acordo com estudos realizados em Framingham, a obesidade é um fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, especialmente doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, independente da idade, pressão arterial sistólica, níveis de colesterol, tabagismo, intolerância à glicose e presença de hipertrofia ventricular esquerda (OLIVEIRA; KLEIN; SILVA, 2006; OLIVEIRA, 2008; OLIVEIRA 2012).

Após a devida identificação e mapeamento dos pacientes de alto risco cardiovascular, será estruturada uma equipe de apoio para acompanhamento frequente desses pacientes. A equipe multidisciplinar constará da figura do médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, nutricionista, educador físico e dos agentes comunitários de saúde. Será elaborada cartilha sobre os diversos

problemas em saúde associados a mortalidade cardiovascular e explicado ao paciente e familiares. O rodízio entre os profissionais na busca ativa é essencial para atuar num contexto biopsicossocial amplo.

6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados três nós críticos para o problema selecionado “Risco cardiovascular aumentado”:

- Baixa adesão às medidas de prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares;
- Baixa adesão ao tratamento farmacológico, nutricional e comportamental de HAS e DM;
- Baixo conhecimento dos profissionais da equipe sobre as patologias cardiovasculares.

6.4 Desenhos das operações

Seguem abaixo os quadros referentes às operações relacionadas aos problemas selecionados, a partir da análise dos nós críticos:

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Risco cardiovascular aumentado” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da “Matinha” do município Manhuaçu, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo adesão às medidas de prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares;
Operação	Estabelecer práticas educativas na comunidade visando estimular alimentação saudável e prática de atividade física
Projeto	BATE CORAÇÃO
Resultados esperados	Conscientizar no mínimo 50% da população sobre o conceito sobre a importância da prevenção de doenças cardiovasculares
Produtos esperados	Palestras mensais sobre HAS, DM e obesidade Folder Explicativo sobre HAS e DM e obesidade
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para as ações educativas, Salas para execução das palestras, cartazes e folders sobre HAS, DM e obesidade Cognitivo: Informação sobre o tema; Financeiro: Recurso para impressão de convites, Projetor e/ou cartazes para palestra, impressão dos folders Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Sala para realizar as palestras na Unidade de Saúde, visto que o espaço físico da unidade é limitado. Financeiro: impressão dos folders Político: Adesão do gestor local
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde: Favorável.
Ações estratégicas	Solicitar parceria com a Secretaria Municipal de Saúde
Prazo	6 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico da Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Nutricionista e Educador Físico
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Análise da adesão da comunidade e número de indivíduos participantes das ações.

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Risco cardiovascular aumentado ” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da “Matinha” do município Manhuaçu, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixa adesão ao tratamento farmacológico, nutricional e comportamental de HAS e DM
Operação	Ações educativas visando coentizar a população sobre uso adequado dos medicamentos, bem como estimular mudanças no estilo de vida
Projeto	BEM VIVER
Resultados esperados	Mobilizar no mínimo 60% da comunidade nas reuniões mensais de entrega de medicamentos do HIPERDIA.
Produtos esperados	Caminhada de Conscientização
Recursos necessários	Estrutural: ACS, Folders, faixas Cognitivo: Informação sobre o tema; Financeiro: Recurso para impressão de convites, faixas e folders Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Político: Adesão do gestor local
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde: Favorável.
Ações estratégicas	Entrega de panfletos e folderes no dia da entrega da medicação, inclusive com checagem da tomada das medicações
Prazo	6 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico da Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Farmacêutico
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Análise da adesão da comunidade e número de indivíduos participantes das ações.

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Risco cardiovascular aumentado” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da “Matinha” do município Manhuaçu, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixo conhecimento dos profissionais da equipe sobre as patologias cardiovasculares
Operação	Oficinas com a Equipe assistencial estimulando maior conhecimento sobre HAS, DM e obesidade
Projeto	Equipe de saúde contra o Infarto e AVC
Resultados esperados	Sensibilizar 100% da equipe sobre a importância da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças cardiovasculares
Produtos esperados	Realização de duas oficinas com a equipe (Em sábados consecutivos)
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para as ações educativas, Salas para execução das oficinas Cognitivo: Informação sobre o tema; Financeiro: Recurso para impressão cartazes e material das dinâmicas. Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Local para realização das oficinas Político: Adesão do gestor local
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde: Favorável.
Ações estratégicas	Viabilizar espaços para realização na comunidade
Prazo	6 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médico Estratégia de Saúde da Família
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Participação da Equipe nas ações propostas e proatividade dos profissionais na luta contra o problema.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças do aparelho cardiovascular respondem como a principal causa de morte em todo o mundo. Sabendo do papel de destaque de comorbidades como HAS, DM e obesidade no aumento do risco cardiovascular, identificar os fatores que comprometem seu diagnóstico e tratamento é fundamental. Além disso, tendo em vista a baixa adesão dos pacientes com essas comorbidades ao tratamento nutricional e comportamental (atividade física regular), bem como no tratamento farmacológico, é mister desenvolver estratégias em saúde para fazer busca ativa àqueles pacientes que nem mesmo procuram por atendimento.

No cotidiano assistencial verifica-se que há um grande déficit de conhecimento tanto de profissionais quanto de usuários sobre a doença, o que dificulta seu diagnóstico precoce e tratamento. Ações de educação em saúde possibilitam corresponsabilizar os usuários por seu tratamento, e também utilizar a própria população como agente transmissor de conhecimentos. Espera-se com as ações propostas a maior sensibilização da comunidade e profissionais de saúde, garantindo uma assistência adequada aos indivíduos que possuem tais morbidades.

8. REFERÊNCIAS

ALESSI, A. et al. IV Diretriz para uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial-II Diretriz para uso da Monitorização Residencial da Pressão Arterial IV MAPA/II MRPA IV Guideline for Ambulatory Blood Pressure Monitoring-II Guideline for Home Blood Pressure Monitoring IV ABPM/II HBPM. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. unknown, p. 1-18, 2005. ISSN 0066-782X.

ALVIM, R. et al. Glycemic control and arterial stiffness in a Brazilian rural population: Baependi Heart Study. **Diabetology & metabolic syndrome**, v. 7, n. 1, p. 86, 2015. ISSN 1758-5996.

AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil): objectives and design. **American journal of epidemiology**, v. 175, n. 4, p. 315-324, 2012. ISSN 1476-6256.

BRANDÃO, A. A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, p. 1-4, 2010. ISSN 0101-2800.

CESSE, E. Â. P. et al. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 5, p. 454-497, 2009. ISSN 0066-782X.

OLIVEIRA, A. R. et al. Body mass index, waist circumference, body adiposity index, and risk for type 2 diabetes in two populations in Brazil: general and Amerindian. **PLoS one**, v. 9, n. 6, p. e100223, 2014. ISSN 1932-6203.

OLIVEIRA, C. M. et al. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study. **BMC medical genetics**, v. 9, n. 1, p. 32, 2008. ISSN 1471-2350.

OLIVEIRA, C. M. et al. Association between anthropometric indicators of adiposity and hypertension in a Brazilian population: Baependi Heart Study. **PloS one**, v. 12, n. 10, p. e0185225, 2017. ISSN 1932-6203.

OLIVEIRA, G. M.; KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. S. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2002. **Revista panamericana de salud publica**, v. 19, p. 85-93, 2006. ISSN 1020-4989.

RIBEIRO, A. G; COTTA, R. M. M; RIBEIRO, S.A.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2012. ISSN 1413-8123.

HORIMOTO, A. R. et al. Heritability of physical activity traits in Brazilian families: the Baependi Heart Study. **BMC medical genetics**, v. 12, n. 1, p. 155, 2011. ISSN 1471-2350.

HORIMOTO, A. R. et al. Genetic analyses of smoking initiation, persistence, quantity, and age-at-onset of regular cigarette use in Brazilian families: the Baependi Heart Study. **BMC medical genetics**, v. 13, n. 1, p. 9, 2012. ISSN 1471-2350.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 de agosto, 2019.

IDF, 2013. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 6th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2013.

LEMKE R. A; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos PesqPsicol UERJ**. 2010;10(1):281-95.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005. ISSN 1516-3180.

PREFEITURA DEMANHUAÇU,,
www.manhuacu.mg.gov.br/Materia_especifica/6498/Historia. Acesso em: ago. 2018.

MANHUAÇU. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em:
<<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Manhua%C3%A7u&oldid=55809722>>.
Acesso em: 23 jul. 2018.

PNUD. **Programa das Nações Unidas Para Desenvolvimento do Brasil**. Site do Programa das Nações Unidas Para Desenvolvimento do Brasil, 2010. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/>>. Acesso em Agosto 2018.

MOURA, E. C. D. et al. Mortality in Brazil according to gender perspective, years 2000 and 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 326-338, 2016. ISSN 1415-790X.

SOARES, G. P. et al. Mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil, 1980 a 2006. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, p. 258-266, 2010. ISSN 1020-4989.