

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

**ILMA ANTUNES PAIVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO O ACOMPANHAMENTO  
DE CUIDADO CONTINUADO DOS PACIENTES DE ALTO RISCO  
CARDIOVASCULAR**

**BELO HORIZONTE - MG  
2019**

**ILMA ANTUNES PAIVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO O ACOMPANHAMENTO DE  
CUIDADO CONTINUADO DOS PACIENTES DE ALTO RISCO  
CARDIOVASCULAR**

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: Dra. Lucélia Terra Chini

**BELO HORIZONTE - MG**  
2019

**ILMA ANTUNES PAIVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO O ACOMPANHAMENTO DE  
CUIDADO CONTINUADO DOS PACIENTES DE ALTO RISCO  
CARDIOVASCULAR**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Examinador 2: Dra. Lucélia Terra Chini - Universidade Federal de Alfenas

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de Maio de 2019.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, minha fonte inesgotável de motivação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus por me guiar em todas as minhas trajetórias, aos meus pais pelo amor incondicional e apoio nas minhas escolhas.

Agradeço a UBS Teresópolis, minha segunda casa durante esse período, em especial os colegas de trabalho da Equipe Preta. À minha orientadora, Dra. Lucélia Terra Chini, pela paciência e disponibilidade dedicadas a mim durante o desenvolvimento de todo este trabalho.

*“Quando nada mais pudermos  
fazer por alguém, é preciso que nós  
saibamos estar ao seu lado”*

Danielle Hons

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Preta da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Teresópolis localiza-se no município de Betim, região metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Após a realização do Diagnóstico Situacional da ESF Preta, o problema identificado como de grande prioridade foi a carência de incorporação de uma metodologia de estratificação de risco dos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial de pacientes com alto risco cardiovascular. O crescente envelhecimento populacional, bem como a prevalência das DCNT no cenário epidemiológico atual exige a criação de um plano de enfrentamento com abordagem dos fatores de risco, tratamento e promoção de ações de prevenção. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção com intuito de propor estratégias e ações para aprimorar a identificação, classificação, manejo adequado e o acompanhamento dos pacientes de alto risco cardiovascular da ESF Preta da UBS Teresópolis do município de Betim, Minas Gerais. A construção do plano de intervenção deste trabalho foi norteada pelas diretrizes do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e demais orientações disponíveis no manual Planejamento e avaliação das ações em saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Ademais, realizou-se uma revisão da literatura para fundamentar cientificamente o plano de intervenção. Concluiu-se com este trabalho que os pacientes portadores de DCNT da Equipe Preta se beneficiariam da adoção de uma ferramenta de estratificação de risco no processo de trabalho da equipe.

Palavras-chave: Doenças crônicas; Classificação; Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) of the Basic Health Unit (UBS) Jardim Teresópolis is located in the municipality of Betim, metropolitan area of Belo Horizonte, state of Minas Gerais. After the Situation Diagnosis of the ESF Preta, the problem identified as a high priority was the lack of incorporation of a risk stratification methodology for users with chronic noncommunicable diseases (CDNT), especially in patients with high cardiovascular risk. The growing population aging, as well as the prevalence of NCDs in the current epidemiological scenario requires the creation of a coping plan with approach to risk factors, treatment and promotion of prevention actions. The objective of this study is to elaborate an intervention project with the purpose of proposing strategies and actions to improve the identification, classification, adequate management and follow-up of the patients with high cardiovascular risk of the ESF Preta of UBS Teresópolis of the city of Betim, Minas Gerais. The construction of the intervention plan of this work was guided by the guidelines of the Strategic Situational Planning (PES) method and other guidelines available in the manual Planning and evaluation of health actions (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). In addition, a review of the literature was made to scientifically substantiate the intervention plan. It was concluded with this work that the patients with DCNT of the Black Team would benefit from the adoption of a risk stratification tool in the team work process.

Keywords: Chronic diseases, Classification, Family Health Strategy



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agentes comunitários de saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>DCNT</b>	Doenças crônico-degenerativas não transmissíveis
<b>ECV</b>	Evento cardiovascular
<b>EF</b>	Escore de Framingham
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IAM</b>	Infarto agudo do miocárdio
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PAS</b>	Pressão arterial sistólica
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>SBC</b>	Sociedade Brasileira de Cardiologia
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Pirâmide etária da população brasileira em 2010.....	19
Quadro 1: Classificação de risco segundo Escore de Framingham.....	22
Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade vinculada à Equipe Preta.....	23
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1	25
Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2”	26
Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 3”	27
Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 4”	28

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	Aspectos gerais do município.....	12
1.2	Aspectos da comunidade.....	12
1.3	O sistema municipal de saúde.....	13
1.4	A Unidade Básica de Saúde Teresópolis.....	13
1.5	A Equipe de Saúde da Família Preta, da Unidade Básica de Saúde Teresópolis.....	14
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Preta.....	14
1.7	O dia a dia da equipe Preta.....	14
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
1.9	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	15
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	16
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	17
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	18
<b>5</b>	<b>REVISAO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	19
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	23
6.1	Descrição do problema selecionado.....	23
6.2	Explicação do problema .....	24
6.3	Seleção dos “nós críticos” .....	24
6.4	Desenho das operações.....	24
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Betim é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o quinto município mais populoso do estado, reunindo 432 575 habitantes segundo estimativa de 2018 (BRASIL, 2019a; IBGE, 2018).

Apresenta 86% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 74.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 33.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). A população urbana representa 99,2% do total (BRASIL, 2013a).

O município é composto principalmente por pessoas de 15 a 64 anos (70,56%). A população com menos de 15 anos representa 24,87% do total enquanto a população de 65 anos ou mais representa 4,57%. O nível de alfabetização é de 94,7% e a expectativa de vida de 76,2 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, em 2010, foi de 0,749. A renda média familiar total per capita é de 658,18. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 1,8 (BRASIL, 2019b).

### 1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade do Jardim Teresópolis é composta por uma população carente com condições de habitação precárias. É comum encontrarmos grandes famílias vivendo em barracões ou em barracos construídos em áreas de desapropriação. Apesar de possuir grandes vias de circulação, é composta principalmente por becos e vielas, de difícil acesso. Possui serviço de coleta de lixo, mas apesar de contarem com motocicletas rebocando pequenas caçambas capazes de adentrar nas vias, o serviço é deficiente e é possível verificarmos diversos locais com lixo e esgoto a céu aberto. Escolas municipais, creches e um asilo compõem alguns dos serviços disponíveis no território.

### **1.3 O sistema municipal de saúde**

Em relação ao sistema municipal de saúde do município, segundo a Prefeitura Municipal de Betim

[...] o sistema de saúde está estruturado em Redes de Atenção à Saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) organizada dentro das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, como ordenadora da rede de saúde, viabilizando a integralidade da atenção, a qualificação das práticas e a gestão do cuidado, de forma a assegurar a resolubilidade para os serviços prestados e a ampliação do acesso com equidade” (BRASIL, 2019c).

O sistema municipal de saúde é composto por 34 Unidades Básicas de Saúde, com atendimento médico em especialidades básicas. Atende os três setores da saúde, sendo possível manter o paciente no município na grande maioria dos casos. Tem vínculos com o sistema de saúde de outros municípios como Belo Horizonte, Contagem, Brumadinho e outros, para sanar os desfalques de especialidades não disponíveis na rede municipal, como reumatologista e gastroenterologista. Mesmo algumas especialidades disponíveis no município são também atendidas em outros municípios na tentativa de suprir toda a demanda da população. O hospital geral de referência é o Hospital Regional de Betim e o de especialidades o Centro de Especialidades Divino Braga (BRASIL, 2019c).

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

A UBS Teresópolis está situada à Rua Gaturama, número 182, no bairro Jardim Teresópolis e foi inaugurada em julho de 2002. O horário de funcionamento da unidade é de segunda-feira a sexta-feira das 07:00 horas às 18:00 horas. A UBS Teresópolis comporta oito equipes de ESF em uma única estrutura física. A área física é composta por uma única sala para reuniões, uma recepção, quatorze salas para consulta médica, uma grande sala com quatro divisórias para marcação de consultas, uma para gestora, uma para a assistência social (onde alterna de maneira

improvisada com a consulta farmacêutica), uma para setor de marcação de consulta especializada e agendamentos de exames de alta complexidade, uma sala para realização de procedimentos, sala de vacinação, almoxarifado, sala de expurgo e de esterilização, cozinha, farmácia, banheiros masculinos e femininos para usuários externamente e funcionários internamente. Além da estrutura física precária, está mal equipada e com recursos parciais para o bom funcionamento da equipe BRASIL, 2019c).

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família Preta, da Unidade Básica de Saúde Teresópolis**

Dentre as oito equipes de ESF da UBS Teresópolis, a ESF Preta, para qual se elaborou o presente plano de intervenção, é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS). A população sob cuidados da equipe preta compreende por volta de 3382 pessoas, sendo 1122 domicílios e famílias conforme último levantamento de dados. A população tem fácil acesso à unidade devido proximidade geográfica, horário amplo de funcionamento (abertura da unidade às sete horas e fechamento às 18:00 horas, de segunda à sexta) e horários de acolhimento pré-estabelecidos, divididos por turnos e equipes (BRASIL, 2019c).

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Preta**

A Equipe Preta aborda uma medicina centrada na pessoa, acolhendo os usuários da melhor maneira possível, abordando suas demandas expostas quanto as ocultas. Reuniões de equipe mensais são planejadas para melhor articulação e diálogo entre os membros.

### **1.7 O dia a dia da equipe Preta**

O acolhimento da Equipe Preta ocorre em três turnos da semana, sendo reservadas somente duas vagas por dia para demanda espontânea e as demais vagas para consultas agendadas. As visitas domiciliares ocorrem quinzenalmente, com média de oito visitas por mês. Mensalmente ocorre a reunião de Matriciamento da saúde mental, onde participam toda a equipe de saúde juntamente com a

psicóloga infantil, psicóloga de adultos e a psiquiatra. Trimestralmente ocorre o Matriciamento da saúde do trabalhador, onde participam toda a equipe de saúde juntamente com o médico do trabalho, psicóloga do trabalho e a terapeuta ocupacional. Todas as segundas a unidade promove uma oficina de artesanato para os interessados. Terças e quintas ocorrem aulas Lian Gong e nas segundas e quartas aula de ginástica.

### **1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

Os principais problemas relacionados ao processo de trabalho e promoção da saúde do território (equipe Preta) e da comunidade universal atendida pela UBS Jardim Teresópolis talvez possam ser justificadas pela recém-adesão do modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) na unidade. A adoção de uma nova estratégia de trabalho torna inevitável um período de adaptação, identificação de falhas e busca por melhorias em todas as esferas envolvidas. Esses problemas compreendem principalmente a pouca adesão ao acompanhamento continuado, necessidade de implantação de ações e prevenção e promoção à saúde, a ineficiência da identificação e busca ativa dos pacientes que necessitam de um cuidado mais próximo e a ausência de uma metodologia para classificar e acompanhar os pacientes de alto risco cardiovascular.

### **1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção**

Seguindo uma tendência nacional, os pacientes portadores de doenças crônicas da Equipe Preta representam uma parcela importante dos usuários da UBS e respondem por grande parte da agenda e utilização dos serviços de saúde disponíveis.

No último levantamento feito pelas ACS da equipe, registrou-se a cobertura de 230 hipertensos e 63 diabéticos adscritos. A ausência de uma ferramenta de estratificação dos portadores de DCNT provoca uma subvalorização desses números, de forma que os pacientes não são corretamente identificados e acompanhados.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela identificação da necessidade do aprimoramento do cuidado continuado do paciente de alto risco cardiovascular na unidade UBS Jardim Teresópolis, em especial Equipe Preta, cuja adoção da Estratégia de Saúde da família é recente. A ausência de uma metodologia de identificação, classificação e acompanhamento aos portadores de doenças crônicas dificulta a criação de um vínculo estável com o paciente e sua assistência integral, impedindo uma abordagem precoce das suas demandas de saúde para a realização de uma prevenção secundária que gere impacto positivo no seu quadro de saúde e na qualidade de vida como um todo.



### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção com intuito de propor estratégias e ações para aprimorar a identificação, classificação, manejo adequado e o acompanhamento dos pacientes de alto risco cardiovascular da ESF Preta da UBS Teresópolis do município de Betim, Minas Gerais.

#### 4 MÉTODO

A construção do plano de intervenção deste trabalho foi norteadada pelas diretrizes do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e demais orientações disponíveis no manual Planejamento e avaliação das ações em saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Ademais, realizou-se uma revisão da literatura para fundamentar cientificamente o plano de intervenção.

Conforme Faria, Campos, Santos (2018), a realização do diagnóstico situacional de saúde da comunidade de abrangência da equipe é de extrema importância no processo de definição das ações a serem implementadas para enfrentar os problemas identificados.

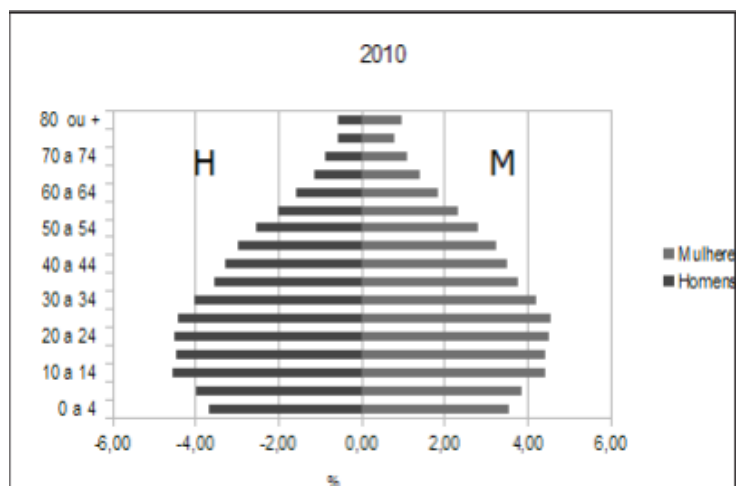
Através da ferramenta de estimativa rápida, as informações pertinentes foram obtidas por meio de coleta de dados de registros eletrônicos da própria UBS, reuniões de discussão com as Agentes Comunitárias de Saúde e diretamente com o paciente na rotina da UBS. O perfil de planejamento pôde ser elaborado considerando as informações obtidas e outros fatores determinantes como a condição socioeconômica da população atendida, demandas em saúde, estrutura física, disponibilidade e abrangência dos serviços de saúde prestados na UBS, políticas de saúde envolvidas e outros.

Para a revisão da literatura sobre o tema, utilizaram-se diretrizes, protocolos e publicações do Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), bem como artigos científicos disponíveis no SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), revista eletrônica *Tempus* e outras.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O perfil demográfico brasileiro, marcado anteriormente pela baixa esperança de vida ao nascer e alta taxa de fecundidade, vem sofrendo ao longo dos anos uma transição em sua composição. A pirâmide etária com predomínio de crianças e jovens deu lugar a uma pirâmide com predomínio de jovens e adultos. Graficamente essa mudança é representada pelo estreitamento da base da pirâmide e alargamento dos seus estratos intermediários e ápice (Figura 01) (RIGOTTI, 2012).

**Figura 01 – Pirâmide etária da população brasileira em 2010.**



Fonte: RIGOTTI, 2012; IBGE (2010).

Esse processo de transição demográfica segue uma tendência mundial e se justifica por diversos fatores como o crescente envelhecimento populacional, aumento progressivo da esperança de vida ao nascer, queda da mortalidade geral e, principalmente, pela mudança do padrão reprodutivo das mulheres no Brasil, resultando em uma importante e rápida redução dos níveis de fecundidade (RIGOTTI, 2012).

O aumento no número de idosos em relação aos demais grupos etários reflete diretamente sobre o perfil epidemiológico (morbimortalidade) da população brasileira, que passou por uma grande mudança representada principalmente pelo

declínio das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causas externas (BRASIL, 2006).

Hoje, as DCNT representam não somente a principal carga de doença do país, mas também a principal causa de óbitos, tendo sido identificados quatro grupos de doenças como principais responsáveis: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Do grupo das doenças cardiovasculares, definido como de maior relevância devido a magnitude dos seus índices de mortalidade, custos diretos (gastos com consultas médicas, internações hospitalares, medicamentos e outros) e indiretos (absenteísmo, aposentadoria precoce e perda da produtividade) para o sistema de saúde pública, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é identificada como a de maior prevalência (BRASIL, 2006). Essa importante condição acomete mais de 20% da população brasileira geral e mais da metade da população acima de 65 anos de idade, representando um fator de risco determinante para as principais causas de morte no país (IAM, AVE e IC) (DUNCAN et al, 2012).

As DCNT se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estar associadas a deficiências e incapacidades funcionais (OPAS, 2017). A maioria delas é passível de prevenção por meio da abordagem dos fatores de risco, principalmente os fatores comportamentais como o tabagismo, hábitos alimentares inadequados, obesidade e sedentarismo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013). Os pacientes com alto risco cardiovascular, identificados pela presença de fatores de risco como hipertensão arterial (HAS), diabetes e hipercolesterolemia, bem como os que apresentam doença cardiovascular já estabelecida carecem de diagnóstico e abordagem médica precoce para possibilitar um controle adequado e adoção de medidas de prevenção secundária (BRASIL, 2006).

A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas (SCHRAMM et al, 2004).

É nesse contexto que surge a necessidade da implantação das Ferramentas de Gestão da Clínica (MENDES, 2011), um conjunto de ações destinadas a promover uma atenção à saúde de qualidade, como adoção de diretrizes clínicas,

protocolos e planos de ação com base em evidências científicas centrado na pessoa e não na doença. Nesse sentido, toma-se como exemplo a estratificação de risco dos usuários portadores de DCNT atendidos pela equipe de ESF. Estratificar auxilia na identificação da distribuição e da magnitude das doenças e seus fatores de risco, possibilita conhecer os determinantes sociais, econômicos e ambientais da comunidade. Organizar ações de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças que sejam coerentes com a demanda e a realidade local exige antes um reconhecimento preciso e familiarização dos fatores de risco dos usuários (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Ao longo dos anos muitos escores de risco foram criados com o intuito de facilitar e guiar uma abordagem terapêutica adequada e estão disponíveis hoje em todo o mundo, mas infelizmente nenhum deles foi elaborado com estudos populacionais especificamente brasileiros. A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial propõe que a adoção de um único algoritmo de estratificação para a tomada de decisões terapêuticas deve ser evitada, devendo seu resultado ser complementado com informações adicionais e individualizadas de cada paciente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A estratificação de risco cardiovascular global (soma do risco de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global de cada indivíduo) consiste em uma ferramenta utilizada para estimar o risco que o paciente tem de desenvolver um evento cardiovascular maior (ECV), definido por morte coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência coronariana, angina, AVE isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca. A identificação do risco cardiovascular global de um paciente nos auxilia na adoção de uma terapêutica mais adequada, reconhecendo quão agressiva deverá ser sua abordagem e possibilita estimar um prognóstico. Vale ressaltar que pacientes com insuficiência coronariana, injúria renal crônica estágio maior igual a 3 e insuficiência arterial periférica previamente estabelecidos ou que já tem sofrido acidente vascular encefálico (AVE) e ataque isquêmico transitório são classificados automaticamente como alto risco cardiovascular (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Uma importante ferramenta utilizada para o cálculo dessa estimativa é o Escore de Framingham (EF) (D'AGOSTINHO, VASAN; PENCINA, 2008), cuja utilização é recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) e verificada pela Sociedade

Brasileira de Cardiologia (SBC) e outras escolas médicas de relevância. O próprio MS disponibiliza um aplicativo gratuito para smartphones que utiliza o EF para o cálculo da classificação de risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Desenvolvido através de um estudo coorte iniciado em 1948 com foco nas doenças cardiovasculares, o *Framingham Heart Study* identificou os principais fatores de risco para a doença coronariana. O EF consegue estimar, de acordo com o sexo e faixa etária do paciente, o risco do desenvolvimento de desfecho cardiovascular pelos próximos 10 anos, levando em conta o valor da pressão arterial sistólica (PAS), do colesterol total, do HDL colesterol, do diagnóstico de diabetes e tabagismo (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com o resultado do cálculo, os pacientes são classificados em 3 categorias de risco em desenvolver um ECV em 10 anos (Quadro 01). Cada categoria de risco exige uma abordagem específica, com intensidades diferentes de intervenção (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

**Quadro 01 – Classificação de risco segundo Escore de Framingham.**

<b>Categoria/risco</b>	<b>Evento cardiovascular maior (ECV)</b>
Baixo	Menor que 10% em 10 anos
Moderado	10 a 20% em 10 anos
Alto	Maior que 20% em 10 anos

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016).

Apesar do Escore de Framingham apresentar baixa adesão na Atenção Primária à Saúde, sua incorporação aos processos de trabalho da equipe de ESF está associada a uma melhor qualidade da atenção a saúde e do uso dos recursos de saúde. É uma ótima ferramenta para a qualificação da abordagem dos pacientes com doenças crônicas, pois diminui a desassistência aos portadores de risco mais elevado e define com parcimônia a necessidade do acompanhamento dos de menor risco (SOUSA et al, 2016).

É também uma maneira fácil e compreensível de explicar ao paciente como mudanças do estilo de vida e adesão medicamentosa podem reduzir o risco cardiovascular (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Descrição do problema selecionado

O paciente de alto risco cardiovascular, centro da problematização, é aquele que, por condições clínicas já estabelecidas ou por apresentar fatores de risco conhecidos, apresenta maior probabilidade de agravamento da saúde e se beneficiam de acompanhamento mais íntimo e abordagem médica mais intensa.

A carência de uma ferramenta de estratificação de risco dificulta o conhecimento profundo dos usuários e a organização da rede de atenção, alimentando um atendimento baseado na oferta de consultas sem agregar valor às reais necessidades dos indivíduos.

#### Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade vinculada à Equipe Preta.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/Priorização
Acompanhamento irregular dos pacientes com alto risco cardiovascular	Alta	10	Total	1
Dados cadastrados desatualizados	Alta	8	Total	2
Carência de atividades educativas para a própria equipe	Alta	7	Total	3
Carência de ações educativas e de promoção à saúde	Alta	7	Total	4
Baixa frequência de reuniões de equipe	Alta	7	Total	5
Ausência de grupos operativos	Alta	7	Total	6
Dificuldade para agendamento de exames	Média	5	Fora	7
Agendamento de consultas médicas sem critérios	Média	5	Parcial	8
Longa espera por atendimento especializado	Média	5	Fora	9
Infra estrutura inadequada	Média	5	Fora	10

Fonte: do autor.

## 6.2 Explicação do problema

A UBS Teresópolis, mais especificamente a Equipe Preta ainda não incorporou ao seu processo de trabalho nenhuma metodologia de classificação dos seus pacientes portadores de DCNT. Dessa forma, os pacientes com alto risco cardiovascular se misturam aos demais, se limitando às consultas de rotina semestrais incentivadas somente pelo receituário vencido ou por demandas agudas, estas últimas somente quando o paciente não prefere ir ao pronto-socorro, muitas vezes mais próximo da sua casa, e ter o seu problema supostamente resolvido no mesmo dia. Sem serem identificados, acabam privados de uma abordagem que esteja à altura do seu problema e dificilmente criam o vínculo que se exige nestas situações.

## 6.3 Seleção dos nós críticos:

A identificação dos elementos envolvidos na gênese e manutenção do problema escolhido, os nós críticos, auxilia no reconhecimento das áreas passíveis de intervenção pela equipe.

- Nó crítico 1: Carência de levantamento de dados dos usuários portadores de DCNT;
- Nó crítico 2: Despreparo da equipe de saúde na abordagem global das DCNT;
- Nó crítico 3: Pacientes portadores de DCNT sem estratificação;
- Nó crítico 4: Ausência de protocolos de cuidados específicos para pacientes com alto risco cardiovascular.

## 6.4 Desenho das operações

Nesta fase, cada nó crítico identificado é abordado separadamente. Elaborou-se o detalhamento individual de cada um deles, expondo suas operações específicas e identificação dos resultados esperados, produtos e recursos necessários (Quadros 3, 4, 5 e 6).



**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da carência de levantamento de dados dos usuários portadores de DCNT na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Equipe Preta, do município de Betim, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	Carência de levantamento de dados dos usuários portadores de DCNT;
<b>Operações</b>	Levantamento de dados de toda a população adscrita e identificação da população alvo
<b>Projeto</b>	Conhecer
<b>Resultados esperados</b>	Construção do diagnóstico situacional
<b>Produtos esperados</b>	Reconhecimento dos problemas e necessidades locais e realização de registro dos pacientes portadores de DCNT
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: planejamento do processo de levantamento de dados dos usuários adscritos pelas ACS
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: planejamento do processo de levantamento de dados dos usuários adscritos pelas ACS
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira chefe da equipe de ESF e ACSs. Motivação favorável
<b>Ações estratégicas</b>	Esclarecer a importância do levantamento de dados e estipular um prazo viável para a entrega dos mesmos
<b>Prazo</b>	60 dias úteis
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira chefe da equipe
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Reuniões de equipe periódicas para acompanhar o andamento do processo, negociar aumento do prazo conforme a demanda

Fonte: do autor.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema da carência de levantamento de dados dos usuários portadores de DCNT na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Equipe Preta, do município de Betim, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Despreparo da equipe de saúde na abordagem global das DCNT;
<b>Operação</b>	Adotar práticas educativas relevantes para o crescimento da equipe

<b>Projeto</b>	Aprender para ensinar
<b>Resultados esperados</b>	Capacitação de todos os membros da equipe de saúde
<b>Produtos esperados</b>	Equipe de saúde familiarizada com as principais DCNT
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: planejamento de capacitações internas e reuniões de equipe regulares Cognitivo: capacidade de transmitir e absorver o conteúdo exposto Político: ações externas de capacitação promovidas pelos órgãos de saúde
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: planejamento de capacitações internas e reuniões de equipe regulares
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira chefe, gestor da unidade de saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Adoção de material didático individual e de fácil compreensão
<b>Prazo</b>	60 dias para regulamentação de reuniões de equipe com frequência mensal ou bimestral
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira chefe da equipe Gestor da unidade de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Enfermeira chefe da equipe e gestor verificam se as capacitações estão ocorrendo, avalia o feedback das ACSs

Fonte: o autor

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema ao problema da carência de levantamento de dados dos usuários portadores de DCNT na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Equipe Preta, do município de Betim, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Pacientes portadores de DCNT sem estratificação
<b>Operação</b>	Adoção de ferramentas de estratificação de risco cardiovascular
<b>Projeto</b>	Nomeando riscos
<b>Resultados esperados</b>	Estratificação do risco cardiovascular dos pacientes portadores de DCNT
<b>Produtos esperados</b>	Identificação dos pacientes com alto risco cardiovascular
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: abordagem individual de cada paciente
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: abordagem individual de cada paciente
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira chefe da equipe e médico da equipe
<b>Ações estratégicas</b>	Registrar e expor o progresso
<b>Prazo</b>	Início imediato e prazo de 2 anos para realização estratificação inicial de todos

	os portadores de DCNT
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira chefe da equipe e médico da equipe
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Toda a equipe verifica a listagem dos pacientes ainda não avaliados e os faltosos

Fonte: do autor

**Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema ao problema da carência de levantamento de dados dos usuários portadores de DCNT na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Equipe Preta, do município de Betim, estado de Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 4</b>	Ausência de protocolos de cuidados específicos para pacientes com alto risco cardiovascular
<b>Operação (operações)</b>	Abordagem e acompanhamento dos pacientes com alto risco cardiovascular
<b>Projeto</b>	Cuidado continuado
<b>Resultados esperados</b>	Melhora da qualidade de vida dos pacientes e diminuir internações hospitalares
<b>Produtos esperados</b>	Adoção de medidas específicas para esse grupo de risco
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: implantação de metodologias de acompanhamento adequado Financeiro: disponibilização de recursos e tecnologias específicas Político: incentivos para ações de promoção à saúde
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: implantação de metodologias de acompanhamento adequado
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira chefe da equipe e médico da equipe
<b>Ações estratégicas</b>	Divulgação dos resultados e comparação entre os períodos antes e depois da adoção do método
<b>Prazo</b>	Início após realização da estratificação de risco e implantação de uma metodologia de cuidado continuado, prazo máximo de 1 ano após o término da estratificação inicial
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Toda a equipe de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Reuniões de equipe periódicas, discussão de casos entre os membros da equipe

Fonte: do ~~autore~~-autor

**Formatado:** Justificado, Espaçamento entre linhas: 1,5 linhas

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância das DCNT no contexto de atenção primária à saúde, seus reflexos na qualidade de vida dos pacientes e sua influência na utilização dos serviços de saúde, identificou-se a necessidade de uma abordagem mais precisa dos portadores desses agravos. Essa abordagem poderá dispor da utilização de ferramentas pré-existentes de estratificação de risco cardiovascular, como o Escore de Framingham, possibilitando a identificação dos portadores de DCNT e suas reais demandas de saúde.

O modelo ESF recém-implantado nas equipes da UBS Teresópolis, em especial a Equipe Preta, não só permite mas também exige a adoção de estratégias em saúde com o objetivo de melhorar a prestação do serviço dispensado pela equipe. Monitorar e abordar os fatores de risco, promover ações de promoção a saúde bem como a prevenção e controle das DCNT são os pontos chave para esse aperfeiçoamento.

Conclui-se por meio deste que, apesar de ainda não ter sido incorporada ao processo de trabalho da Equipe Preta, a ferramenta de estratificação de risco dos pacientes portadores de DCNT é de imensa importância para o aperfeiçoamento da atenção básica fornecida pela UBS.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. **Perfil do município de Betim** [online]. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/betim\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/betim_mg)>. Acesso em 17 de mar. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Site da Prefeitura Municipal de Betim** [online]. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura\\_de\\_betim/falando\\_de\\_betim/o\\_municipio/dados\\_fisicos/39037%3B39154%3B07091201%3B0%3B0.asp](http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/falando_de_betim/o_municipio/dados_fisicos/39037%3B39154%3B07091201%3B0%3B0.asp)>. Acesso em 17 de mar. de 2019a.

BRASIL. **Site da Prefeitura Municipal de Betim** [online]. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura\\_de\\_betim/secretarias/saude/42081%3B57623%3B072434%3B0%3B0.asp](http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/42081%3B57623%3B072434%3B0%3B0.asp)>. Acesso em 17 de mar. de 2019b.

BRASIL. **Site da Prefeitura Municipal de Betim** [online]. Disponível em: <[http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS\\_ANEXO/GuidaSa%C3%BAde%3B072434%3B20070829.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/GuidaSa%C3%BAde%3B072434%3B20070829.pdf)>. Acesso em 08 de mar. 2019c.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

D'AGOSTINO R. B.; VASAN R. S.; PENCINA M. J. General cardiovascular Risk Profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. **Circulation**, Dallas, v.117, p743-753, 2008.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, p. 126-34, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010 [on line]**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [on line]**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2018. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 02 de nov. de 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Doenças cardiovasculares [online]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839)> . Acesso em 25 de mar. de 2019.

RIGOTTI, J. I. R. **Transição Demográfica**. Educ. Real., Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS/RJ). Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida: prevenção cardiovascular**, 1ª ed., 2013.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. Revista **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17, 2016 .

SOUSA, N. P. et al. Estratificação de risco cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.10 n.1, p. 157-168, 2016.