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

Luisa Soares de Souza

PLANO DE INTERVENÇÃO: DIMINUIÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DE PATRIMÔNIO DOS PAIVAS, SANTOS DUMONT, MINAS GERAIS

Juiz de Fora
2020

Luisa Soares de Souza

PLANO DE INTERVENÇÃO: DIMINUIÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DE PATRIMÔNIO DOS PAIVAS, SANTOS DUMONT, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Professora Dra. Kátia Ferreira Costa Campos

Juiz de Fora

2020

Luisa Soares de Souza

PLANO DE INTERVENÇÃO: DIMINUIÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA POPULAÇÃO DE PATRIMÔNIO DOS PAIVAS, SANTOS DUMONT, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Professora Dra. Kátia Ferreira Costa Campos

Banca examinadora

Professora Dra Helisamara Mota Guedes- UFVJM

Professora Dra. Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de setembro de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, meu apoio e porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Secretaria de Saúde de Santos Dumont/MG, pela colaboração e auxílio; à Equipe de Saúde da Unidade de Patrimônio dos Paivas, pelo trabalho conjunto; à NESCON e aos professores do curso de especialização de Gestão do Cuidado em Saúde da Família, pela oportunidade; e a todos os pacientes, razão da busca pelo aprimoramento.

RESUMO

As doenças cardiovasculares figuram entre as chamadas condições crônicas de saúde e são a maior causa de mortalidade no Brasil. Fatores de risco cardiovascular são, em grande parte, passíveis de intervenções no âmbito da atenção primária. Objetivo Geral: elaborar um projeto de intervenção visando a diminuição do risco cardiovascular da população da comunidade de Patrimônio dos Paivas, em Santos Dumont, Minas Gerais. Na metodologia foi realizado uma revisão de literatura tendo como base bibliotecas eletrônicas como Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), bem como material didático da biblioteca virtual da Nescon/UFMG. Foi também utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a elaboração do plano de intervenção que iniciou pelo diagnóstico situacional da área de abrangência e proposição do plano de ação, visando a diminuição do risco cardiovascular. O projeto de intervenção proposto foi voltado para os “nós críticos” relacionados ao alto risco cardiovascular da comunidade de Patrimônio dos Paivas, sendo eles: nos hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e tabagismo. Estes são fatores de risco alteráveis e que foram considerados como potencialmente passíveis de intervenção pela equipe de saúde. Tais intervenções propostas são baseadas em grupos operativos, palestras motivacionais e atividades coletivas orientadas que visam diminuir o impacto dos fatores de risco cardiovascular na população, sob a ótica da educação em saúde. Conclui-se a necessidade da atenção primária priorizar ações de prevenção e promoção de saúde visando diminuir o risco cardiovascular de suas populações adscritas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doenças Cardiovasculares. Educação para a Saúde

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are among the so-called chronic health conditions and are the major cause of mortality in Brazil. Cardiovascular risk factors are, in large part, amenable to interventions in the context of primary care. General objective: develop an intervention project aimed at reducing the cardiovascular risk of the population of the Patrimônio dos Paivas community, in Santos Dumont, Minas Gerais. In the methodology, a literature review was conducted based on electronic libraries such as Scientific Eletronic Library Online (SciELO) and Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), as well as didactic material from the virtual library of Nescon / UFMG. The planning method called Situational Strategic Planning (PES) was also used for the elaboration of the intervention plan that started with the situational diagnosis of the coverage area and the action plan proposal, aiming at the reduction of cardiovascular risk. The proposed intervention project was aimed at the “critical knots” related to the high cardiovascular risk of the Patrimônio dos Paivas community, namely: inadequate eating habits, physical inactivity and smoking. These are changeable risk factors and were considered as potentially susceptible to intervention by the health team. Such proposed interventions are based on operative groups, motivational lectures and guided collective activities that aim to reduce the impact of cardiovascular risk factors on the population, from the perspective of health education. It concludes the need for primary care to prioritize prevention and health promotion actions aiming to reduce the cardiovascular risk of its registered populations.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Cardiovascular Diseases. Health Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DM	Diabetes melito *(Diabetes mellitus)*
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Patrimônio dos Paivas, município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais, 2019. 20

Quadro 2 - Desenho das operações (6° passo) e viabilidade e gestão (7° a 10° passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Patrimônio dos Paivas, do município Santos Dumont, estado de Minas Gerais. 30

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Patrimônio dos Paivas, do município Santos Dumont, estado de Minas Gerais. 31

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Patrimônio dos Paivas, do município Santos Dumont, estado de Minas Gerais. 32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

1.1 Aspectos gerais do município 11

1.2 O sistema municipal de saúde 12

1.3 Aspectos da comunidade 14

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Patrimônio dos Paivas 14

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde de Patrimônio dos Paivas 16

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde 17

1.7 O dia a dia da equipe 18

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) 19

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) 20

2 JUSTIFICATIVA 22

3 OBJETIVOS 23

3.1 Objetivo geral 23

4 METODOLOGIA 24

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 25

5.1 Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família 25

5.2 Risco cardiovascular: causas, riscos e consequências 26

6 PLANO DE INTERVENÇÃO 28

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) 28

6.2 Explicação do problema (quarto passo) 28

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) 29

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) 29

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 33

REFERÊNCIAS 34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Santos Dumont é um município com 46.555 habitantes localizado na Zona da Mata Mineira, microrregião de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais. Dista, aproximadamente, 207 km de Belo Horizonte, a capital do estado; e 900 km de Brasília, capital brasileira. A cidade foi nomeada em homenagem ao pai da aviação: Alberto Santos Dumont. Foi fundada por João Gomes, inicialmente com o nome de Arraial de João Gomes, e, mais tarde, foi elevada ao nível de cidade sendo renomeada como Palmira. João Gomes, o fundador, era pai do inconfidente José Aires Gomes (OLIVEIRA, 2013).

A partir da década de 80, Santos Dumont apresenta uma estagnação em seu crescimento, tanto demográfico quanto econômico, em parte explicado pelo processo de marginalização do município em relação à cidade de Juiz de Fora, cuja renda média do trabalhador foi cerca de 40% maior no ano de 2000 (PNUD, 2000)

Em relação à agricultura, o município é produtor de diversos gêneros alimentícios, como café, mandioca, laranja, pêssego, dentre outros. Na indústria, Santos Dumont possui a Companhia Brasileira de Carbureto de Cálcio - CBCC, que produz ferro, silício e silício metálico, exportando para vários países. A cidade ainda possui um Distrito Industrial, com uma área de 40 mil m², onde concentra-se algumas empresas. A cidade possui um turismo bastante rico. Pela região passa o Caminho Novo da Estrada Real, um convite à prática do turismo ecológico. São 10 quilômetros de estrada até a divisa com o município de Antônio Carlos. Durante o percurso pode-se observar bela paisagem natural, antigas fazendas e dois chafarizes da época de sua construção, além de algumas inscrições em pedras. Estes chafarizes serviam para a parada de tropeiros que vinham do interior de Minas Gerais levando ouro para o Rio de Janeiro na época do Brasil Colônia. Além disso, na cidade destaca-se o Museu de Cabangu, casa natal de Santos Dumont (IBGE, 2019).

Na área de saúde, a cidade pertence à microrregião de Juiz de Fora, conta com um Hospital Municipal com atendimento de urgência e emergência, além de oferecer serviços de pequenas/médias cirurgias, internações e maternidade, embora o quadro clínico encontre-se incompleto e a estrutura deixe muito a desejar. A cidade possui também uma policlínica, que oferece consultas com algumas especialidades médicas;

a Casa da Criança, pronto-atendimento infantil, que funciona apenas na parte da manhã, durante a semana; o CAPS, atendimento aos pacientes da área da saúde mental; e o SISVAN, acompanhamento de crianças com baixo peso; e o SAMU, tendo centro regulador localizado em Juiz de Fora.

Há cerca de 16 anos, o município adotou a Estratégia de Saúde da Família para a organização da atenção básica e conta hoje com 8 equipes na zona urbana e 5 equipes na zona rural, cobrindo aproximadamente 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos, devido à baixa remuneração. Outra importante questão é a parcela considerável da população que se encontra descoberta.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, a taxa de mortalidade infantil média na cidade foi de 25,73 para 1.000 nascidos vivos. A escolarização em 2010, entre 6 e 14 anos era de 96,96%, com a ressalva de que a pré-escola ainda é pouco ofertada à população. Há creches e centros comunitários públicos oferecidos à população e é ativa a participação em ações comunitárias dos grupos Rotary e Lions Club. Cerca de 70% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado e a maioria deles encontra-se na zona urbana. Há serviço de coleta de lixo municipal também na zona urbana e nas zonas urbano-rurais (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

A atenção primária à saúde municipal conta com 13 equipes de EFS com cobertura de 70% de toda a população. Na policlínica são disponibilizados atendimentos com equipe multiprofissional com serviços médicos de ortopedia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, urologista, cardiologia (incluindo realização de eletrocardiograma), departamento de DST, além de serviço odontológico. Não há, no município, equipes de apoio com serviço de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e nutricionista em larga escala, que possa atender a todas as demandas.

Já em relação a urgência e emergência, o município possui um hospital de pronto atendimento 24h, com triagem realizada pela equipe de enfermagem através do protocolo de Manchester. O hospital conta ainda com exames laboratoriais e radiográficos (radiografias simples), serviço de sobreaviso de cirurgia, obstetrícia e

ortopedia, sendo a ausência de pediatra um dos principais problemas (BRASIL, 2013). Há ainda um setor de terapia intensiva dentro do hospital.

A assistência farmacêutica é oferecida sob 3 polos. Uma unidade central está localizada na policlínica da cidade, onde há a maior quantidade de medicamentos. Nas unidades de saúde também há estoque de medicamentos distribuídos para a população adstrita. E há ainda farmácias espalhadas pela cidade participantes do programa farmácia popular. De um modo geral a cidade encontra-se em uma situação precária em relação à assistência farmacêutica pela escassez de medicamentos.

Em relação ao modelo de atenção aplicado na atenção primária, pode-se dizer que se busca cada vez mais otimizar o modelo baseado na pessoa e priorizar a prevenção e promoção de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida com as diversas áreas do setor da saúde.

Em relação à vigilância da saúde, nota-se uma observação da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Os níveis e pontos de atenção em saúde são planejados conforme em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se organizam por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta ordenadora do cuidado, já que é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e, os problemas que não podem ser completamente resolvidos, são encaminhados para consultas com especialistas, realização de exames ou atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros, tanto no município quanto fora dele (por exemplo, em Juiz de Fora).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) consistem em uma iniciativa autônoma de municípios circunvizinhos que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações, promovendo um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis. O município de Santos Dumont está vinculado ao ACISPES (Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra) em Juiz de Fora. Apesar de tudo isso, ainda existe uma grande demanda quanto aos serviços oferecidos no município

no âmbito do SUS, além de falha na contra referência quando os pacientes são referenciados para outro serviço de atenção à saúde, dificultando a continuidade do seu tratamento na esfera da APS.

Pode-se dizer que a contra referência encontra-se comprometida como um todo no município de Santos Dumont. A referenciação é realizada pela atenção primária, podendo o paciente ser encaminhado a um especialista no próprio município, se houver, ou ao município vizinho, Juiz de Fora. No âmbito intramunicipal, o encaminhamento dos pacientes para especialistas é realizado pela atenção básica, mas não é feita nenhuma contra referência por parte do especialista, cabendo apenas as orientações entendidas pelo próprio paciente durante a consulta. Já no âmbito intermunicipal, os especialistas também não produzem nenhum tipo de contrarreferência escrita, com exceção do ACISPES que entrega ao paciente um documento com orientações e encaminha à unidade de saúde um documento similar descrevendo os diagnósticos firmados, os tratamentos instituídos e as orientações devidas, bem como indicando uma data para um possível retorno do paciente ao serviço.

1.3 Aspectos da comunidade

A equipe de saúde da família da unidade de saúde de Patrimônio dos Paivas abrange uma população total de 956 pessoas (dado fornecido pelos agentes comunitários de saúde da unidade), divididas em 4 aglomerados populacionais: Patrimônio dos Paivas, Mantiqueira, Posses e Engenho. A área de abrangência é bastante considerável, dado que se trata de pequenas comunidades rurais, esparsas. Pode-se dizer ainda que a área de influência da unidade ultrapassa os limites municipais, pois algumas famílias que residem na divisa de Antônio Carlos (município vizinho a Santos Dumont) buscam atendimento na unidade, já que em seu município de origem o serviço médico mais próximo encontra-se há cerca de 30km de distância de suas residências.

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Patrimônio dos Paivas

A Unidade de Saúde de Patrimônio dos Paivas está situada no centro do pequeno vilarejo em terreno da igreja católica, há cerca de 15,9 km do centro de Santos Dumont. Foi construída pela própria comunidade em parceria com a prefeitura municipal há cerca de 8 anos. O espaço, apesar de simples é relativamente adequado. A unidade conta com um consultório médico, uma recepção, uma sala de curativos e procedimentos, um almoxarifado e um banheiro. O maior problema estrutural é a falta de uma cozinha, onde a equipe poderia fazer as refeições. A unidade não se encontra bem equipada, pois alguns instrumentos e móveis encontram-se quebrados, como otoscópio, gavetas da mesa do consultório médico e perneiras ginecológicas da maca. A gestão municipal é solidária com tais problemas e esforça-se em solucioná-los na medida do possível, dado a situação financeira complicada que passa o município. As reuniões com a comunidade normalmente são realizadas no salão da igreja que fica a poucos passos da unidade de saúde.

O processo de trabalho desenvolvido pela equipe se dá de forma organizada e busca a superação dos conceitos tradicionais que entendem que como finalidade apenas o diagnóstico e o tratamento de doenças. É importante uma visão abrangente do processo em que os pacientes também sejam agentes do processo e que procure refletir sobre o mesmo. Em relação à gestão do processo de trabalho, o envolvimento de toda a equipe é crucial. A participação na organização e no planejamento das ações deve-se dar de forma não hierarquizada e as decisões, consensuais. Este tipo de gestão preconizada é o que se denomina gestão colegiada.

O conceito de qualidade do cuidado engloba atributos que norteiam e avaliam as ações em saúde. São os seguintes: eficácia, eficiência, efetividade, equidade, oportunidade, continuidade, acessibilidade, aceitabilidade, otimidade, legitimidade e ética. Alguns deste atributos encontram entraves em questões culturais ou de gestão do sistema de saúde. A aceitabilidade de determinadas ações é comprometida por características socioculturais da população em questão, como por exemplo, a realização de coleta de preventivos pelo enfermeiro da unidade, mesmo que acompanhado de uma profissional do sexo feminino. Algumas pacientes sentem-se constrangidas pelo profissional ser do sexo masculino e se negam a realizar tal coleta. Outro atributo também comprometido é a continuidade, pela ineficiência do sistema

de contrarreferência. Tais deficiências comprometem, ainda que parcialmente, a qualidade do cuidado em saúde. (FARIA *et al*., 2019)

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Patrimônio dos Paivas

O conceito de saúde é bastante complexo e estritamente relacionado à ideologia e ao modo de produção de cada momento histórico e social. Por essa razão tem caráter mutável. O conceito tradicional entende a saúde como a simples ausência de doença. No entanto, concepções mais modernas conceituam a saúde como um meio, e não um fim. Ou seja, a saúde seria um estado psicofisiológico que permite ao indivíduo atingir seus demais objetivos de vida, conquistando seu desenvolvimento individual e explorando suas potencialidades.

Envolvidos neste processo estariam os chamados determinantes sociais da saúde. Os determinantes sociais não consistem somente naqueles com caráter financeiro, ou seja, acesso a medicamentos, saneamento básico, cuidados médicos. O processo saúde – doença engloba também determinantes sociais relativos a hábitos de vida e condições psíquicas. Dessa forma, pode-se entender que o conceito de saúde supera a simples prevenção ou cura de doenças, abrangendo a promoção da saúde, possibilitando ao indivíduo exercer papel de protagonista em relação ao seu estado de saúde (FARIA *et al*, 2019).

A equipe de saúde da unidade de saúde de Patrimônio dos Paivas é composta por: Luciana Leonídia Pereira, 42 anos, casada, agente comunitária de saúde da microárea 1, que possui 78 famílias cadastradas. Possui ensino fundamental completo e reside na comunidade desde que se casou. Rogéria Mendes de Sá, 30 anos, casada, agente comunitária de saúde da microárea 3, que possui 92 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo e curso técnico de enfermagem. Nasceu na comunidade e reside no local desde então. Márcia Maria Pereira, 42 anos, casada, agente comunitária de saúde da microárea 2, que possui 84 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo e curso técnico de enfermagem. Nasceu na comunidade e reside no local desde então. Danilo Geraldo Reis, 26 anos, solteiro, agente comunitário de saúde da microárea 4, que possui 87 famílias cadastradas. Possui ensino médio completo. Nasceu na comunidade e reside no local desde então.

Jaqueline Ribeiro de castro, 33 anos, casada, técnica de enfermagem. Thiago Venâncio Fernandes Pereira, 29 anos, casado, enfermeiro, formado pela Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora. Luisa Soares de Souza, 28 anos, solteira, médica, formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde

A unidade de saúde funciona de 8h00 às 15h00, pois a comunidade encontra-se na zona rural e é de difícil acesso pelas estradas de terra. Dessa forma, gasta-se cerca de 1h no deslocamento até a unidade. Os agentes comunitários dividem-se durante a semana para suprir a recepção. Os atendimentos médicos são realizados na unidade e em comunidades próximas na forma de unidades móveis. Na parte da manhã é atendida a demanda espontânea, com condições agudas de saúde. Na parte da tarde são atendidos os pacientes agendados, com condições ou estados crônicos (hipertensos, diabéticos, saúde mental, puericultura, pré-natal). Às quintas-feiras são dias atípicos, pois atendemos duas comunidades sob a forma de unidade móvel, que são Posses e Engenho. Por serem locais de mais difícil acesso é realizado esse atendimento.

O cuidado em saúde no âmbito da atenção básica deve ser observado através dos mecanismos de coordenação do cuidado. No caso da unidade de saúde em questão, um dos grandes entraves é a informação. A realidade da zona rural e a não informatização comprometem tanto a comunicação e o acesso da população quanto a informação disponível para a equipe, sendo a retroalimentação o mecanismo mais adaptável ao caso.

O trabalho em equipe é algo de constante aprimoramento, tendo talvez o maior desafio na questão da comunicação externa, pela ineficiência do processo de referência e contrarreferência, que compromete também o correto funcionamento da rede de atenção à saúde à qual a unidade encontra-se inserida. Além desta questão, um grande problema de caráter nacional é o fato de que a média e alta complexidade não são expandidas juntamente com a atenção básica em saúde, ocasionando filas e atrasos quando são acionadas dentro da rede de atenção.

O trabalho intersetorial no município não é eficaz, pois não há diálogo e programação efetiva envolvendo as demais frentes de atuação (como vigilância epidemiológica, por exemplo). Dessa forma, muitas vezes recursos são

desperdiçados, sejam humanos ou financeiros. Tais recursos poderiam, inclusive, melhorar a integralidade do cuidado. Há escassez de profissionais e recursos que comprometem este princípio, que muitas vezes não pode ser totalmente atendido pela atenção básica (FARIA *et al*., 2019).

1.7 O dia a dia da equipe

O acolhimento é realizado por todos os profissionais da equipe, tanto no posto de saúde quanto em visitas domiciliares, por exemplo. Apesar de não termos recepcionista na unidade, os agentes de saúde se revezam na recepção para receber os pacientes e encaminhá-los seja para consulta médica, com enfermeiro, realizar algum procedimento com o técnico de enfermagem ou fornecer algum tipo de orientação. Este princípio é baseado no conceito moderno de acolhimento que prioriza a humanização dos serviços de saúde.

A unidade funciona com consultas agendadas, puericultura, pré-natal, atendimento a hipertensos e diabéticos e, em menor escala, demanda espontânea e atendimentos de urgência (raros). Um esforço vem sendo feito para substituir a demanda espontânea, que era a principal atividade, para consultas agendadas. Esta mudança otimizou a agenda, diminuiu a quantidade de pessoas aguardando na recepção, diminuiu o tempo de espera do paciente pela consulta e aumentou a satisfação com o trabalho da equipe. Tal questão está intrinsecamente relacionada à dicotomia de condições agudas e crônicas de saúde e a recente tendência a substituição das segundas pelas primeiras. As condições crônicas, e não só doenças crônicas, necessitam de um maior enfoque na promoção de saúde e continuidade do cuidado, e não apenas em ações curativas, como as agudas. Dessa forma, é importante observar a necessidade de priorização dessas condições, que cada vez mais ocupam as principais causas de morbimortalidade no país.

A equipe realiza ainda projetos junto à comunidade como o Projeto Saúde na Escola que consiste numa das iniciativas de educação continuada em saúde. No entanto, cada vez mais se preconiza que a educação permanente em saúde faça parte deste processo, onde o conhecimento é construído com base no trabalho e é transmitido não de forma vertical, mas horizontal.

Há ainda os trabalhos com grupos. No momento estamos realizando com maior frequência o trabalho com gestantes, onde são feitas salas de espera, rodas de

conversa e mutirão de dúvidas, com boa participação. Foi iniciada no presente ano uma atividade de caminhada assistida com os pacientes hipertensos, diabéticos e obesos. Os grupos operativos são aqueles com objetivos terapêuticos. No entanto, todas as modalidades de grupos podem ser aplicadas desde que abordem não só ações preventivas, mas de promoção de saúde, lançando mão de práticas educativas e de trocas de experiências.

As visitas domiciliares dos agentes são realizadas ao longo da semana, com revezamento, pois em algumas localidades é necessário se deslocar de carro. As visitas do enfermeiro e do médico normalmente são realizadas em conjunto e agendadas para às tardes de segunda-feira após atendimento dos pacientes agendados. Raramente realizamos também visitas de urgência, pois como trata-se de uma zona rural, muitas vezes o primeiro atendimento quem faz é a equipe da unidade. As visitas domiciliares são um importante instrumento de reconhecimento do território e da realidade da população. Este é crucial para a criação de um vínculo mais efetivo entre equipe e população (VASCONCELOS; GRILLO, SOARES, 2018)

.

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

Patrimônio dos Paivas é uma pequena comunidade rural localizada no município de Santos Dumont – MG. Em Patrimônio dos Paivas o acesso é dificultado, pois as estradas de acesso não são pavimentadas e estão em condições ruins, o que dificulta o deslocamento das pessoas da comunidade para a realização de consultas médicas e de exames complementares no centro do município.

Além disso, a comunidade não possui redes públicas de abastecimento de água e tratamento de esgoto, sendo quase exclusivamente abastecido por água não tratada e esgoto e dejetos a céu aberto; sendo o saneamento básico deficiente, que propicia um alto número de doenças parasitárias dentre a população.

A comunidade apresenta ainda questões socioeconômicas que também influem diretamente no estado de saúde da população. O analfabetismo e a dificuldade do acesso à informação, principalmente entre idosos, dificulta a compreensão e a adesão a alguns tratamentos. Já o subemprego acarreta alguns problemas relacionados a carga excessiva de trabalho, a natureza do trabalho e má

remuneração, sendo também um importante fator que influi na saúde da população local.

Há ainda um importante problema de saúde que afeta grande parte da população, que consiste no alto risco cardiovascular. É um problema multifatorial, resultado de maus hábitos de vida e patologias diversas. No entanto, um dos fatores envolvidos no aumento do risco cardiovascular é também um sério problema relacionado à saúde da população local, que consiste no alto índice de tabagismo, principalmente entre a população a partir da 4ª e 5ª décadas de vida.

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

No Quadro 1 é apresentado uma adaptação da Matriz de GUT, indicada por Faria; Campos e Santos (2018), ferramenta utilizada para se obter a priorização dos problemas segundo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Patrimônio dos Paivas, município de Santos Dumont, estado de Minas Gerais, 2019.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Falta de água tratada	alta	5	baixa	3
Falta de rede de esgoto na área de abrangência	alta	5	baixa	4
Alto risco cardiovascular da população	alta	9	alta	1
Alto índice de trabalhadores informais	média	2	baixa	6

Alto índice de analfabetismo entre idosos	média	2	baixa	7
Alto índice de tabagismo na população a partir da 5ª década de vida	alta	6	alta	2
Más condições das vias de acesso (estradas rurais) à comunidade	média	1	baixa	5

Fonte: dados levantados pelos agentes de saúde da unidade

As doenças cardiovasculares são crônicas e multifatoriais. O modo de vida de pequenas comunidades rurais tem em si algumas características que podem contribuir para o aumento do risco de doenças cardiovasculares e desfechos como isquemias miocárdica e encefálica. Culturalmente a alimentação destas populações conta com uma carga alta de lipídeos e sódio. Além disso, o subemprego e a dificuldade do acesso à informação contribuem para hábitos alimentares pouco saudáveis e equilibrados. No entanto, uma das questões bastante importantes na fisiopatologia das doenças cardiovasculares é o tabagismo que também ganha espaço na cultura dessas comunidades. Muitas pessoas iniciaram o tabagismo ainda crianças ou adolescentes, pois figurava como um tipo de “passagem” ou “ritual” de transição da infância para a vida adulta.

O escore de Framingham, que quantifica o risco de desfechos cardiovasculares nos próximos 10 anos, leva e consideração: sexo, idade, pressão arterial, perfil lipídico, tabagismo e diabetes. Este escore é um dos mais importantes medidores do risco cardiovascular e abarca praticamente vários fatores de risco que figuram como importantes problemas de saúde da comunidade de Patrimônio dos Paivas. (LOTUFO, 2008)

Além disso, o alto risco cardiovascular é um problema de saúde multifatorial, em que estão envolvidos hábitos de vida e patologias para as quais existem medicações para controle. Tais fatores são, portanto, potencialmente controlados ou

evitados, através de mudança de estilo de vida e uso correto de fármacos. Dessa forma, este é um dos problemas de saúde da população que melhor responderia a ações possíveis de serem organizadas e trabalhadas pela equipe de atenção básica (FARIA; CAMPOS, SANTOS, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

O alto risco cardiovascular é um dos principais problemas de saúde, considerando sua gravidade e potenciais desfechos. Na comunidade de Patrimônio dos Paivas, com um total de 956 habitantes, 264 são portadores de hipertensão arterial (27,6%) e 70 são portadores de diabetes mellitus (7,3%). Há ainda outros fatores envolvidos na gênese deste problema sobre os quais não se possui dados quantitativos, mas que são percebidos pela equipe de saúde e pela própria população como importantes questões de saúde da população. São eles: tabagismo, alimentação não equilibrada, dislipidemias e sobrepeso/obesidade. Tais fatores são potencialmente controlados ou evitados, através de mudança de estilo de vida e uso correto de fármacos.

Justifica-se este trabalho já que o problema priorizado consiste num dos principais problemas de saúde a serem trabalhados, com capacidade de resposta com ações possíveis de serem organizadas e realizadas pela própria equipe, como por exemplo grupos de caminhada, educação em saúde visando aumento da adesão ao tratamento e cessação do tabagismo, dentre outras. Além de ser potencialmente sensível a ações da equipe, por ser um dos problemas de saúde com maior morbimortalidade entre a população, considerou-se também este como o mais urgente a ser trabalhado (FARIA; CAMPOS, SANTOS, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção visando a diminuição do risco cardiovascular da população da comunidade de Patrimônio dos Paivas, em Santos Dumont, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste projeto foi utilizado discussão com a equipe da unidade de saúde Patrimônio dos Paivas, de Santos Dumont, Minas Gerais; bem como o material didático do curso de especialização gestão do cuidado em saúde da família.

A construção do referencial teórico foi feita por meio de uma revisão de literatura nos bancos de dados das bibliotecas virtuais como Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Utilizou-se como referencial metodológico para a construção deste projeto de intervenção o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que possibilita a definição dos principais problemas da comunidade; a priorização dos problemas; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção de nós críticos; desenho das operações; e elaboração do Plano Operativo (FARIA; CAMPOS, SANTOS, 2018).

O diagnóstico situacional da área de abrangência proporcionou a proposição de ações visando a diminuição do risco cardiovascular.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família

A atenção primária consiste no conjunto de ações que visam não somente o diagnóstico e tratamento de enfermidades, mas também prevenção e promoção em saúde. Suas ações são voltadas tanto ao indivíduo quanto à coletividade, considerando o sujeito em sua singularidade e integralidade, bem como um ser social inserido em contexto cultural. A atenção primária consiste na principal porta de entrada no sistema de saúde, sendo responsável pela coordenação entre os demais níveis de atenção e o principal vínculo do usuário com o sistema. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, visando a resolutividade das principais e mais frequentes demandas de saúde da população (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

A atenção primária à saúde é orientada por alguns princípios. O princípio do primeiro contato consiste na acessibilidade do indivíduo ao sistema de saúde, sendo a atenção básica a porta de entrada principal deste, tanto do ponto de vista geográfico quanto organizacional. A longitudinalidade abrange o conceito do vínculo do usuário com os profissionais da equipe de saúde e seu acompanhamento ao longo do tempo. A integralidade pode ser entendida como a busca por um cuidado integral em saúde, devendo ser observada, portanto, a singularidade de determinado indivíduo ou população, tendo por objetivo buscar recursos de acordo com suas necessidades em saúde. A coordenação é o princípio que visa a continuidade do cuidado, coordenando as demandas do usuário nos demais níveis dentro do sistema de saúde, realizado principalmente através do sistema de referência/contrarreferência (SHIMAZAKI, 2009).

A atenção básica é um modelo de cuidado centrado na família, tendo como base a estratégia de Saúde da Família, em que a abordagem familiar acompanha os ciclos de vida e de saúde/doença. E, por fim, o princípio da orientação comunitária visa observar as características intrínsecas da população a qual determinada equipe está vinculada, considerando o contexto cultural, social e epidemiológico na qual a mesma se insere (SHIMAZAKI, 2009).

A partir do conceito de atenção primária à saúde como uma forma de reestruturação do modelo assistencial vigente, foram instituídos programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa

Saúde da Família (PSF), criado em 1994, que deram origem a atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2006. Dessa forma, a ESF é um modelo de reorganização do cuidado em saúde, visando o controle de agravos, a vigilância, promoção, prevenção e reabilitação em saúde (BORGES *et.al*, 2010).

A estratégia de saúde da família tem na territorialização e na multidisciplinariedade dois importantes pilares em sua operacionalização. A territorialização ocorre através da instituição de determinada área como sendo de abrangência da unidade de saúde. A população adscrita é cadastrada e acompanhada ao longo do tempo, sendo de, no máximo, 4000 pessoas. A equipe multiprofissional responsável pela unidade é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de 4 a 6 agentes de saúde. Além destes, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais podem compor a equipe multiprofissional. Assim, a estratégia de saúde da família busca implementar os princípios da atenção primária no contexto atual do cuidado em saúde (FIGUEIREDO, 2012).

Com o aumento da expectativa de vida e das tecnologias em saúde, as doenças crônicas tem um papel crescente no que tange às demandas do serviço de saúde. No entanto, no Brasil, pela desigualdade social e de acesso à informação e à saúde, as doenças contagiosas também representam uma carga considerável. Dessa forma, é necessário um modelo de atenção que abarque tanto as demandas agudas quanto as condições crônicas. E é neste contexto a maior importância e relevância da estratégia de saúde da família atuando na promoção e prevenção, diminuição da agudização de condições crônicas e, por conseguinte, a morbimortalidade proveniente de tais condições (STARFIELD, 2002; SHIMAZAKI, 2009).

5.2 Risco cardiovascular: causas, riscos e consequências

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, além de serem responsáveis por uma parcela considerável da morbidade e dos anos de vida perdidos. Figuram dentre as condições crônicas de saúde e têm uma importância crescente no modelo de atenção a saúde voltado para diagnóstico, prevenção e promoção de saúde.

Talvez o mais importante estudo acerca dos fatores de risco para doença cardiovascular foi o *Framingham Heart Study* que deu origem ao chamado Escore de

Framingham. Este escore consiste numa calculadora que estima o risco de ocorrência de um evento coronariano em dez anos. As variáveis envolvidas são: sexo, faixa etária, pressão arterial, perfil lipídico, tabagismo e diabetes. Pode ser estimado um risco relativo, para um indivíduo em especial e o risco absoluto, para uma população. A estimativa do risco relativo é criticada por questões como a não inclusão de dieta, peso corporal e atividade física dentre as variáveis consideradas (LOTUFO, 2008). O escore de Framingham continua sendo bastante utilizado na prática clínica pelo seu baixo custo e aplicação simples a fim de prevenir desfechos cardiovasculares através de rastreamento e tratamento mais rigorosos. (OLIVEIRA, *et al*, 2007).

Outra importância da utilização do escore de Framingham e da estratificação do risco cardiovascular é a responsabilização pelo cuidado partilhada com o usuário, já que, ao quantificar o risco, muitas vezes o usuário passa a ter a real dimensão da importância do controle de suas patologias, como hipertensão e tabagismo, por exemplo (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

A atenção primária tem uma importância cada vez mais reconhecida na prevenção e promoção de saúde, sendo capaz de diminuir consideravelmente a morbimortalidade principalmente no que tange a doenças crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares. As chamadas condições sensíveis a atenção primária (CSAP) são aquelas passíveis de serem resolvidas ou manejadas ao nível da atenção básica. Para avaliar a efetividade deste serviço pode-se observar a taxa de hospitalização por CSAP em determinado local. Ora, se esta taxa se apresenta elevada, há forte indício de que o serviço de atenção primária não está sendo efetivo. Além de diminuir a taxa de hospitalização, o acesso a atenção básica diminui o agravamento de condições crônicas, sua morbidade e complicações, além de ser financeiramente menos oneroso ao sistema de saúde (BATISTA, *et al*, 2012).

Dessa forma, áreas em que os usuários tenham maior acesso a atenção primária em saúde - com uma maior cobertura da ESF – tendem a apresentar taxas de internação por doenças cardiovasculares menor, já que têm os fatores de risco cardiovascular acompanhados e controlados.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto risco cardiovascular”, 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.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O alto risco cardiovascular é um dos principais problemas de saúde, considerando sua gravidade e potenciais desfechos. Na comunidade de Patrimônio dos Paivas, com um total de 956 habitantes, 264 são portadores de hipertensão arterial (27,6%) e 70 (7,3%) são portadores de diabetes mellitus. Percebe-se a presença de outros agravos a saúde como o tabagismo, alimentação não equilibrada, dislipidemias e sobrepeso/obesidade. Tais fatores são potencialmente controlados ou evitados, através de mudança de estilo de vida e uso correto de fármacos. Dessa forma, este tema sempre foi abordado nas reuniões de equipe como um dos problemas de saúde a serem trabalhados que melhor responderiam à ações possíveis de serem organizadas e realizadas pela própria equipe, sendo levantadas inclusive propostas de ação (como grupos de caminhada, educação em saúde visando aumento da adesão ao tratamento e cessação do tabagismo e etc).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

As doenças cardiovasculares são crônicas e multifatoriais. O modo de vida de pequenas comunidades rurais tem em si algumas características que podem contribuir para o aumento do risco de doenças cardiovasculares uma vez que a alimentação destas populações conta com uma carga alta de lipídeos e sódio. Além disso, o subemprego e a dificuldade do acesso à informação contribuem para hábitos alimentares pouco saudáveis e equilibrados. No entanto, uma das questões bastante importantes na fisiopatologia das doenças cardiovasculares é o tabagismo que também ganha espaço na cultura dessas comunidades. Muitas pessoas iniciaram o tabagismo ainda crianças ou adolescentes.

O escore de Framingham, que quantifica o risco de desfechos cardiovasculares nos próximos 10 anos, leva e consideração: sexo, idade, pressão arterial, perfil

lipídico, tabagismo e diabetes. Este escore é um dos mais importantes medidores do risco cardiovascular e abarca praticamente vários fatores de risco que figuram como importantes problemas de saúde da comunidade de Patrimônio dos Paivas.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os “nós críticos” relacionados ao alto risco cardiovascular da comunidade de Patrimônio dos Paivas consistem, principalmente, nos hábitos alimentares inadequados a saúde cardiovascular, sedentarismo e tabagismo. Estes são fatores de risco modificáveis e que a equipe tem potencial para intervir. Tais intervenções podem ser sob a ótica da educação em saúde, com grupos operativos e palestras motivacionais, por exemplo.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

A partir dos nós críticos selecionados foram elaborados, para cada um deles, operações que comporão o plano de intervenção. Os Quadros 2, 3 e 4 sistematizam cada ação para cada nó crítico.

Quadro 2 – Desenho das operações (6° passo) e viabilidade e gestão (7° a 10° passo) sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema "alto risco cardiovascular", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Patrimônio dos Paivas, do município Santos Dumont, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos alimentares inadequados a saúde cardiovascular
6º passo: operação (operações)	Provocar conscientização pela população para melhoria dos hábitos alimentares
6º passo: projeto	"Alimentação Saudável"
6º passo: resultados esperados	Maior ingesta de alimentos com alto valor nutricional e redução da ingesta excessiva de lipídeos, como gordura de origem suína
6º passo: produtos esperados	Programa de alimentação saudável
6º passo: recursos necessários	Estrutural: local para palestras e demonstração de receitas Cognitivo: nutricionista e equipe de saúde Financeiro: contratação de nutricionista, material para receitas e material de divulgação Político: conseguir local e mobilização social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: nutricionista e capacitação da equipe de saúde Financeiro: contratação de nutricionista, materiais para receitas e divulgação
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Saúde Municipal Apresentar para a Secretaria de Saúde o projeto de alimentação saudável e elucidar a importância da presença do nutricionista para enriquecer a ação
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe de saúde da unidade e coordenador da atenção básica municipal. Aproximadamente 3 meses para a apresentação do projeto
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Realizados pela equipe de saúde através do *feedback* da população e da diminuição dos fatores de risco cardiovascular

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema "alto risco cardiovascular", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Patrimônio dos Paivas, do município Santos Dumont, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Sedentarismo
6º passo: operação (operações)	Conscientização da população para o risco do sedentarismo
6º passo: projeto	"Combate ao sedentarismo"
6º passo: resultados esperados	Implementação de grupos de atividades físicas coletivas
6º passo: produtos esperados	Programa de combate ao sedentarismo
6º passo: recursos necessários	Estrutural: grupos de caminhada ou outra prática corporal coletiva Cognitivo: educador físico e equipe de saúde Financeiro: contratação de educador físico, confecção de material de divulgação e camisas Político: mobilização social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: educador físico e capacitação da equipe de saúde Financeiro: contratação de educador físico, confecção de material de divulgação e camisas
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Saúde Municipal Aproximadamente 3 meses para a apresentação do projeto
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe de saúde da unidade e coordenador da atenção básica municipal. Apresentar para a Secretaria de Saúde o projeto de atividade física coletiva e elucidar a importância da presença do profissional de educação física para enriquecer a ação
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento feito pela equipe através do *feedback* da população e da diminuição dos fatores de risco cardiovascular

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema "alto risco cardiovascular", na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Patrimônio dos Paivas, do município Santos Dumont, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Tabagismo
6º passo: operação (operações)	Redução do número de indivíduos tabagistas
6º passo: projeto	"Combate ao tabagismo"
6º passo: resultados esperados	Implementação de grupos operativos de combate ao tabagismo
6º passo: produtos esperados	Programa de combate ao tabagismo
6º passo: recursos necessários	Estrutural: Grupo de tabagismo com encontros semanais Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde e presença de outros profissionais como psicólogo e psiquiatra em alguns encontros Financeiro: Capacitação da equipe, contratação dos demais profissionais para participações pontuais e confecção de material para divulgação Político: Mobilização social
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: grupo de tabagismo com encontros semanais Cognitivo: capacitação da equipe e presença pontual de outros profissionais em alguns dos encontros Financeiro: capacitação da equipe e contratação dos demais profissionais para participações pontuais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Apresentar o projeto de combate ao tabagismo a Secretaria de Saúde e elucidar a importância da presença do demais profissionais para enriquecer a ação Secretaria de Saúde Municipal
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe de saúde da unidade e coordenador da atenção básica municipal. Acompanhar a estratificação de risco pelo Escore de Framingham. Aproximadamente 3 meses para a apresentação do projeto
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento feito pela equipe através do *feedback* da população e da diminuição do número de tabagistas e dos fatores de risco cardiovascular

Fonte: Autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Doenças cardiovasculares são responsáveis por parcela importante da morbimortalidade no Brasil. É crucial, portanto, que a atenção primária priorize ações de prevenção e promoção de saúde visando diminuir o risco cardiovascular de suas populações adscritas.

Principalmente em comunidades com pouco acesso à informação, como é o caso da comunidade de Patrimônio dos Paivas em Santos Dumont/MG, a proposta de intervenção voltada para educação em saúde é um passo importante na conscientização e no compartilhamento da responsabilidade do cuidado em saúde com o usuário, principalmente no que tange às condições crônicas. Além disso, a construção do plano de intervenção traz coesão à equipe de saúde, uma vez que a participação e o empenho de todos são necessários para a elaboração de um projeto singular, que traduza as reais circunstâncias da comunidade. Na unidade de Patrimônio dos Paivas, o plano de intervenção foi elaborado a partir de demandas discutidas muitas vezes em reuniões de equipe e foi de grande importância para estimular o trabalho conjunto e ressaltar a relevância da contribuição de todos os integrantes no cuidado em saúde.

As intervenções voltadas aos fatores de risco cardiovasculares alteráveis - como as propostas elaboradas em relação a dieta inadequada, sedentarismo e tabagismo, deste estudo - apesar do baixo custo relativo para implantação, necessitam do apoio do poder público, tanto para o financiamento quanto para a concretização. Este talvez seja o maior dos desafios, dado que ações de prevenção em saúde demonstram resultados indiretos e de pouco interesse político.

REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades:** Santos Dumont. Brasília, 2019. Disponível em:< https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santos-dumont/panorama>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS),** p.45, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BATISTA, S. R. R., *et al* . Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 34-42, fev. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2020.

BORGES, P. K. O., *et. al*. **A estratégia saúde da família**: histórico da estratégia de saúde da família, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2010. Disponível em: < https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15668>. Acesso em: 07 mai. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca. Acesso em: 13 Jun. de 2019.

FARIA, H. P., *et al*. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**, Nescon/UFMG. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-em-saude-modelo-atencao_Versao_Final.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**, Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/10234>. Acesso em: 07 mai. 2020.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med São Paulo**, São Paulo, v. 87, p. 232-237, out. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59084/62070>. Acesso em 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, A. Patrimônio dos Paivas. **Revista Abaquar**, p. 28 e 29, 2013. Disponível em: <http://deianarede.blogspot.com/2012/03/distritos-4-patrimonio-dos-paivas.html?q=paivas>. Acesso em 28 jun. 2019.

OLIVEIRA, D. S., et al. Avaliação do risco cardiovascular segundo os critérios de Framingham em pacientes com diabetes tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São

Paulo, v. 51, n. 2, p. 268-274, mar. 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 mai. 2020.

PIMENTA, H. B; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601731&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 mai. 2020.

PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano**, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000. Disponível em: < https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2000.html>. Acesso em 28 mai. 2020.

SHIMASAKI, M. E. **A atenção primária à saúde**, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>. Acesso em 07 mai. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 07 mai. 2020.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M., **Práticas educativas e tecnologias em saúde**, Nescon/UFMG. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.