

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

YADIRA VERA LEYVA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DO
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE CÔNEGO LUIS CIRILO DA SILVA / OLIVENÇA / ALAGOAS

MACEIÓ – ALAGOAS

2018

YADIRA VERA LEYVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DO
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE CÔNEGO LUIS CIRILO DA SILVA / OLIVENÇA / ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

MACEIO/ ALAGOAS

2018

YADIRA VERA LEYVA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DO
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE
SAÚDE CÔNEGO LUIS CIRILO DA SILVA / OLIVENÇA / ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1 - Profa. Dra. Suelene Coelho - UFMG

Examinador 2 - Profa. MS. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de outubro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me permitir ter essa experiência única em minha vida, para agradecer à universidade por me dar esta oportunidade de reforçar meus conhecimentos e agradecer aos professores, amigos e orientadora Profa. Dra. Suelene Coelho por todo o apoio e ajuda.

EPÍGRAFE

Ninguém está a salvo de derrotas.

Mas é melhor perder alguns combates na luta pelos nossos sonhos,

Ser derrotado sem saber por que ele está lutando.

Paulo Coelho

RESUMO

A população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Cônego Luís Cirilo da Silva do município de Olivença vem apresentando um número crescente de indivíduos com infarto agudo do miocárdio (IAM). Neste sentido, este projeto de intervenção tem como principal objetivo elaborar uma estratégia de educação em saúde, que possibilite a redução dos riscos de casos de infarto agudo do miocárdio na área de abrangência. Visa assim, a educação em saúde dos pacientes e ao mesmo tempo o preparo da equipe para atuar junto a população com risco cardiovascular. Como método foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, que norteou a identificação dos principais problemas por meio da estimativa rápida e a proposta de um plano de ação. Foi realizada também, uma revisão da bibliografia sobre o tema que contribuiu para um melhor embasamento na realização da proposta. Acredita-se que a falta de conhecimento da população em relação aos fatores de risco e as ações de promoção e prevenção do infarto agudo do miocárdio, aliado a falta de um trabalho sistematizado por parte da Equipe de Saúde da Família para a detecção precoce e tratamento da doença, tem sido uns dos principais aspectos que tem contribuído para o aumento do problema no território. Conclui-se que mudanças dos hábitos de vida e controle de doenças crônicas, bem como, o conhecimento do indivíduo sobre esta doença, e a promoção de estilo de vida são de fundamental importância para a promoção e prevenção do infarto agudo do miocárdio.

PALAVRAS CHAVE: Fator de risco. Infarto agudo do miocárdio. Saúde da Família.

ABSTRACT

The population of the area covered by the Family Health Team Cônego Luís Cirilo da Silva of the municipality of Olivença has been presenting an increasing number of individuals with acute myocardial infarction (AMI). In this sense, this intervention project has as main objective to elaborate a strategy of education in health, that makes possible the reduction of the risks of acute myocardial infarction in the area of comprehensiveness. Thus, the health education of patients and at the same time the preparation of the team to act together with the population with cardiovascular risk. As a method, the Situational Strategic Planning was used, which guided the identification of the main problems through the rapid estimation and the proposal of an action plan. A review of the bibliography on the topic was also carried out, which contributed to a better basis for the proposal. It is believed that the lack of knowledge of the population regarding the risk factors and actions of promotion and prevention of acute myocardial infarction, together with the lack of systematic work by the Family Health Team for the early detection and treatment of the disease, has been one of the main aspects that has contributed to the increase of the problem in the territory. It is concluded that changes in life habits and control of chronic diseases, as well as the individual's knowledge about this disease, and the promotion of lifestyle are of fundamental importance for the promotion and prevention of acute myocardial infarction.

KEYWORDS: Risk factor. Acute myocardial infarction. Family Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento humano municipal e seus componentes no município de Olivença / AL – 1991, 2000 e 2010.....	12
Tabela 2 - População total, por gênero, rural / urbana no município de Olivença / AL – 1991, 2000 e 2010.....	13
Tabela 3 - Estrutura etária da população no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.....	14
Tabela 4- Ocupação da população de 18 anos ou mais - município de Olivença – AL / 2000 e 2010.....	15
Tabela 5 - Indicadores de habitação no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.....	16
Tabela 6 - Vulnerabilidade Social no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.....	16
Tabela 7 - Longevidade, mortalidade e fecundidade no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.....	17
Quadro 1 - Atividades de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pela ESF Cònego Luís Cirino Silva, município de Olivença / Alagoas.....	19
Quadro 2 - - Priorização dos problemas identificados no território da ESF na Unidade Básica de Saúde Cònego Luís Cirilo da Silva do município de Olivença /Al, 2018.....	21
Quadro 3- Desenho de operações para resolução do nó crítico “Indivíduos no território da ESF Cònego Luís Cirilo Silva com risco para desenvolver infarto agudo do miocárdio decorrente de hábitos e estilos de vida inadequados”, Olivença / AL.....	43
Quadro 4- Desenho de operações para resolução do nó crítico “Inadequado processo de trabalho da ESF Cònego Luís Cirilo Silva gerando a falta de busca ativa e ausência de acompanhamento e orientações às pessoas com fatores de risco para desenvolver o infarto agudo do miocárdio.....	45
Quadro 5– Desenho de operações sobre o nó crítico 3” Desinformação dos indivíduos da área de abrangência da ESF Cònego Luís Cirilo Silva em relação aos fatores de risco, sinais e sintomas do infarto agudo do	

miocárdio gerando a falta de adesão ao
tratamento.....47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS.... Ácido Acetil Salicílico.

ESF.... Equipe Saúde da Família.

IAM.... Infarto Agudo do Miocárdio.

SCA.... Síndrome Aguda Coronariana.

PSF.... Programa Saúde da Família.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breves informações sobre o município de Olivença	11
1.2 O Sistema Municipal de Saúde de Olivença / Alagoas	18
1.3 A Equipe de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva do município de Olivença/ Alagoas: seu território e sua população	19
1.4 Estimativa rápida - os principais problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo do projeto de intervenção)	20
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	21
2- JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
3.1 Geral	24
3.2 Específicos	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
5.1 A situação do Brasil em relação ao infarto agudo do miocárdio.....	27
5.2 Definição, sinais e sintomas e fatores de risco do infarto agudo do miocárdio	28
5.3 Fisiopatologia do infarto agudo do miocárdio.....	333
5.4 Ações de promoção da saúde para redução dos fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio.....	35
5.5 A educação em saúde na prevenção do infarto agudo do miocardio.....	40
6 PLANO DE AÇÃO	41
6.1 Descrição do problema selecionado	41
6.2 Explicação do problema selecionado	42
6.3 Seleção dos nós críticos	42
6.6 Desenhos das operações.....	433
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	499
REFERENCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Olivença

Olivença encontra-se localizada na região centro-oeste do Estado de Alagoas, situada a uma altitude aproximada de 231 metros acima do nível do mar. Faz limite ao norte com os municípios de Santana do Ipanema e Dois Riachos, ao sul com Olho d' Água das Flores, a oeste com Olho d' Água das Flores e a leste com Major Isidoro. O acesso se dá por meio de três rodovias pavimentadas: BR-316, AL-130 e AL-125, com percurso total em torno de 248,80 km até a capital (BRASIL, 2005).

Em seu histórico, iniciado por volta de 1850, consta um pequeno lugarejo pertencente ao território do município de Santana do Ipanema, que possuía poucos habitantes, denominado Vila do Capim, que foi desenvolvendo e, em 1930, já tinha predicados de uma pequena cidade. Somente em 1959, por meio da lei 2.092, a Vila do Capim foi elevada à condição de município que recebeu o nome de Olivença, para homenagear os sobrenomes das famílias fundadoras do município. Olivença tem uma população festiva e alegre, apesar das adversidades por conta da aridez da região. Comemora com entusiasmo as duas grandes festas do município: a Emancipação Política - dois de fevereiro - e da padroeira Nossa Senhora do Carmo - 16 de julho (BRASIL, 2017a).

A cidade tem cerca de 60% de sua área inserida na unidade geoambiental do Planalto da Borborema, que é composta por maciços e outeiros altos, cujas altitudes variam entre 650 a 1.000 metros. Ao ocupar uma área em forma de arco, o município se estende do sul de Alagoas até o Rio Grande do Norte. Seu relevo possui vales profundos e estreitos dissecados. Cerca de 40% está inserida na unidade geoambiental da Depressão Sertaneja, caracterizada por uma paisagem típica do semi-árido nordestino, cuja superfície de pediplanação é monótona, com relevo suave-ondulado em sua maior parte, e cortada por vales, com declives dissecados., cristas e/ou outeiros pontuam a linha do horizonte. Relevos com elevações residuais isoladas convivem com os ciclos intensos de erosão que atingiram grande parte do sertão nordestino (BRASIL, 2005).

Possui clima do tipo tropical chuvoso, com verão seco, sendo que a estação chuvosa se inicia em janeiro / fevereiro e término em setembro, podendo delongar

até outubro. As temperaturas máximas são em torno de 35°C e mínima de 22° C. O bioma é a caatinga (BRASIL, 2005).

O município de Olivença é banhado pela sub-bacia do Rio Ipanema (inserido na bacia hidrográfica do Rio São Francisco), cujos principais afluentes são: o Rio Dois Riachos e o Riacho da Palha (BRASIL, 2005). A agricultura constitui a principal atividade produtiva, com o cultivo de milho, palma e feijão.

No último Censo, em 2010, a população era de 11.047 habitantes e com uma área territorial de 173,99 km², possuía uma densidade demográfica de 63,87 hab. / Km². A população estimada para o ano de 2017 foi de 11.772 habitantes, o que representa um incremento de cerca de 6% nos últimos sete anos (BRASIL, 2017a).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (BRASIL, 2013), em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do município de Olivença foi de 0,493, situando-o na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Baixo, ou seja, IDHM entre 0 e 0,499. A Longevidade, com índice de 0,677, foi a dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município. Em seguida veio a Renda, com índice de 0,513 e a Educação, com índice de 0,345.

A Tabela 1, compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano, aponta as várias dimensões do IDHM, a partir de dados coletados no Censo de 2010 (BRASIL, 2013).

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes no município de Olivença / AL – 1991, 2000 e 2010.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,062	0,128	0,345
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	4,51	9,30	17,49
% de 5 a 6 anos na escola	15,02	47,81	87,44
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental regular seriado ou com fundamental completo	5,58	5,11	73,70
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	7,34	6,37	23,67
% de 18 a 20 anos com médio completo	0,81	0,88	8,84
IDHM Longevidade	0,467	0,569	0,677
Esperança de vida ao nascer	53,04	59,12	65,63
IDHM Renda	0,354	0,375	0,513
Renda per capita	72,42	82,30	195,19

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (Brasil, 2013).

A Tabela 1 aponta que o IDHM do município passou de 0,217, em 1991, para 0,493, em 2010, o que significa uma taxa de crescimento de 127,19%, reduzindo assim, o hiato de desenvolvimento humano em 64,75%. Neste período, a Educação foi o índice que mais cresceu (com crescimento de 0,283), seguida pelos índices de Longevidade e por Renda (BRASIL, 2013).

Nos anos 1991, 2000 e 2010, a população do município de Olivença cresceu a uma taxa média anual de 0,26%. No estado de Alagoas, esta taxa foi de 1,29%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, neste mesmo período (BRASIL, 2013).

Na Tabela 2, é possível verificar a população total do município e sua distribuição por gênero, rural / urbana do município de Olivença. Pode-se observar que, embora tenha havido um incremento da taxa de urbanização que passou de 15,84% para 22,87%, a população permanecia predominantemente rural em 2010, o que era uma característica de outras regiões brasileiras na década de 1970.

Tabela 2 - População total, por gênero, rural / urbana no município de Olivença / AL – 1991, 2000 e 2010.

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	10.130	100,00	10.369	100,00	11.047	100,00
População residente masculina	5.075	50,10	5.283	50,95	5.561	50,34
População residente feminina	5.055	49,90	5.086	49,05	5.486	49,66
População urbana	1.605	15,84	2.371	22,87	3.137	28,40
População rural	8.525	84,16	7.998	77,13	7.910	71,60

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (Brasil, 2013).

Verifica-se também, que a população masculina é um pouco maior que a feminina em todas as décadas apresentadas na tabela, o que difere de outras localidades do país.

A Tabela 3, também compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013) mostra a estrutura etária da população do município destacando alguns aspectos importantes da estrutura demográfica.

Tabela 3 - Estrutura etária da população no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	4.438	43,81	4.227	40,77	3.499	31,67
15 a 64 anos	5.091	50,26	5.496	53,00	6.662	60,31
População de 65 anos ou mais	601	5,93	646	6,23	886	8,02
Razão de dependência	98,98	-	88,66	-	65,82	-
Taxa de envelhecimento	5,93	-	6,23	-	8,02	-

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (Brasil, 2013).

Verifica-se ainda, que houve uma significativa diminuição da Razão de dependência no município, de 98,98% para 65,82%, nos anos 1991, 2000 e 2010. Ressalta-se que, este índice aponta o percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais, considerada população dependente em relação à população de 15 a 64 anos, considerada população potencialmente ativa. Houve também, um pequeno aumento da taxa de envelhecimento, que passou de 5,95% em 1991 para 8,02% em 2010, ou seja, a Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total (BRASIL, 2013).

Com relação aos aspectos econômicos, a Tabela 4 (compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil), apontou que a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais passou de 59,24% em 2000 para 54,74% em 2010. Essa taxa mede o percentual da população que era economicamente ativa. Por outro lado, a

taxa de desocupação (população ativa) diminuiu neste mesmo período, passando de 11,57% em 2000 para 6,48% em 2010 (BRASIL, 2013).

Em 2010, 66,00% das pessoas ocupadas do município, na faixa etária de 18 anos ou mais, trabalhavam no setor agropecuário, 21,08% no setor de serviços, 5,32% no comércio, 2,96% no setor de construção, 2,04% na indústria de transformação, 0,95% nos setores de utilidade pública, e nenhuma pessoa na indústria extrativa (BRASIL, 2013).

Tabela 4- Ocupação da população de 18 anos ou mais - município de Olivença – AL / 2000 e 2010.

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	59,24	54,74
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	11,57	6,48
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	12,45	15,61
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	12,41	21,35
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	5,53	13,64
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	94,31	77,61
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou +	98,04	95,94
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou +	99,30	98,76

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (Brasil, 2013).

Verifica-se que houve um aumento da escolaridade em relação ao ensino fundamental completo e ao ensino médio dos trabalhadores ocupados nos anos de 2000 e 2010, embora tenha havido uma queda no rendimento neste mesmo período (BRASIL, 2010).

Com relação a habitação, a Tabela 5 (compilada do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil) aponta o percentual de domicílios com água encanada, energia

elétrica e com coleta do lixo no município de Olivença nos anos 1991, 2000 e 2010 (BRASIL, 2013).

Tabela 5 - Indicadores de habitação no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	4,42	21,78	45,10
% da população em domicílios com energia elétrica	27,44	61,58	99,43
% da população em domicílios com coleta de lixo	11,64	96,70	98,45

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (Brasil, 2013).

De 1991 a 2010 houve um enorme incremento de população assistida pelo abastecimento de água encanada, de 4,42% para 45,10%. Mais avanço ainda, se observa na população que passou a ter acesso a energia elétrica, de 27,44 em 1991 para 98,45% em 2010 e de coleta de lixo, de 11,64 para 98,45%.

A melhoria no saneamento básico parece ter impactado o índice de vulnerabilidade social do município de Olivença, cuja mortalidade infantil passou de 100,56% em 1991 para 45,40 em 2010. Embora ainda possa ser considerado um indicador com um índice elevado para os padrões internacionais, de 5%, a diminuição foi muito significativa, como pode ser verificado na Tabela 6, de Vulnerabilidade Social do Município de Olivença no período compreendido nos anos de 1991, 2000 e 2010, compilada do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (BRASIL, 2013).

Tabela 6 - Vulnerabilidade social no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	100,56	68,54	45,40
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	88,03	73,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	46,61	9,90	4,18
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	25,82	26,86
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	2,18	1,64	2,06
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	22,69	23,07

Família

% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	11,94	13,83	34,40
% de vulneráveis e dependentes de idosos	9,10	12,78	5,46
% de crianças extremamente pobres	72,12	81,63	47,33

Trabalho e Renda

% de vulneráveis à pobreza	98,44	93,55	76,50
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	87,58	78,49

Condição de Moradia

% da população em domicílios com banheiro e água encanada	3,55	17,36	37,90
---	------	-------	-------

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (Brasil, 2013).

Porém, o município quase atingiu a redução de 2/3 da taxa de mortalidade de menores de 5 anos proposta pelos Objetivos do Milênio em 2015, uma vez que atingiu 49,9% dos 42% que deveria atingir (em 1991 a mortalidade era de 125,9 em mil crianças nascidas), como pode ser verificada na Tabela 7. Com relação a mortalidade infantil de menores de 1 ano a taxa em 2014 era de 10,75 (BRASIL, 2017a).

Tabela 7 - Longevidade, mortalidade e fecundidade no município de Olivença – AL / 1991, 2000 e 2010.

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	53,0	59,1	65,6
Mortalidade infantil	100,6	68,5	45,4
Mortalidade até 5 anos de idade	125,9	86,4	49,5
Taxa de fecundidade total	6,2	4,4	2,6

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano (Brasil, 2013).

Verifica-se que esperança de vida ao nascer no município cresceu 6,5 anos na última década, passando de 59,1 anos, em 2000, para 65,6 anos, em 2010. Este indicador compõe a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em 1991, a esperança de vida ao nascer era de 53,0 anos no município (BRASIL, 2013).

Com relação à escolaridade o IDHM Educação é composto pelas proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos. Assim, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 87,44%, em 2010 e a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 73,70%, no mesmo ano. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 23,67%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era bem baixa, somente 8,84%.

Em 2010, 47,21% da população municipal de 25 anos ou mais de idade era composta por indivíduos analfabetos, 14,33% tinham o ensino fundamental completo, 8,92% possuía o ensino médio completo e, apenas, 1,30%, o superior completo (BRASIL, 2013). Estes dados apontam para a necessidade de mais investimentos para a população adulta no quesito educação, bem como, uma metodologia de educação em saúde que leve em consideração a realidade dos adultos do município. Principalmente se levarmos em consideração que o índice de analfabetismo se acentua em idades mais avançadas, tornando-se um desafio a mais para aqueles que pretendem promover a educação em saúde da população em relação aos cuidados com a hipertensão arterial.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde de Olivença / Alagoas

O município busca organizar o sistema de saúde sob a forma de rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Possui também, um hospital de atenção secundária que é referência para toda a microrregião. O município conta com sistemas privados (saúde suplementar com pessoas vinculadas a operadoras de saúde), podendo-se inferir que o formato se aproxima ao chamado modelo liberal privatista. Existem pessoas ou famílias que tiram o dinheiro do próprio bolso, sem intermediação de plano privado, e vão à farmácia onde compram consulta médica e atendimento.

No entanto, o modelo de atenção predominante no município ainda é o SUS, concebido como um sistema nacional e público de saúde, onde convivem várias práticas. As reuniões do Conselho Municipal de Saúde ocorrem mensalmente de maneira ordinária, ou quando é solicitada pela maioria dos membros.

1.3 A Equipe de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva do município de Olivença, AL: seu território e sua população

A Unidade Básica de Saúde (UBS) atende a população das áreas urbana e rural, grande parte delas vive em situação de pobreza e em lugares de difícil acesso, a renda familiar é gerada principalmente pela agricultura e pequenos comércios, a maioria dos usuários recebe ajuda do programa bolsa de família. O nível de escolaridade da população é baixo, pois a grande maioria tem que abandonar os estudos para trabalhar, fazendo com que nosso trabalho ocorra de forma sistemática e em parceria com nossa equipe de saúde e outras organizações, tendo em vista as características da população. O município possui quatro postos de saúde da família, um centro de atendimento de urgências, laboratório e garante consultas com especialidades como cirurgia, ginecologia, obstetrícia, psiquiatra, psicóloga, pediatria, neuropediatria e cardiologia. A unidade faz atendimento à população com uma equipe de saúde completa. São feitas consultas no horário de manhã e da tarde, de segunda a quinta-feira. A UBS conta com a seguinte equipe de profissionais: um médico, um dentista, dois enfermeiros, 11 agentes comunitários de saúde, cinco auxiliares de enfermagem, um auxiliar de dentista e pessoal de serviços gerais.

Com relação a área física da UBS, existe uma recepção onde os pacientes aguardam o atendimento médico, banheiros para usuários e funcionários, sala de pré- consulta sala de esterilização, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de curativo, sala de vacina, sala para material contaminado, copa e depósito de material de limpeza. A UBS possui uma boa estrutura física para o desenvolvimento do trabalho da equipe.

No Quadro 1, estão descritas as atividades de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pela ESF para a população da área de abrangência da ESF Cônego Luís Cirino Silva.

Quadro 1- Atividades de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pela ESF Cônego Luís Cirino Silva, município de Olivença / Alagoas.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
--	----------------	--------------	---------------	---------------	--------------

Manha	Criança (crescimento e desenvolvimento)	Saúde da mulher Doenças crônicas	Pré-natal	Hiperdia	Demanda espontânea
Noite	Hiperdia (saúde mental) Idoso	Visita domiciliar com palestras educativas	Universidade	Visita domiciliar com palestras educativas	Universidade

A população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família C Luís C Silva vive em um território sanitário singular, organizando-se socialmente em famílias que são cadastradas e registradas em subpopulações. A Equipe de Saúde da Família (ESF) possui 4.428 pessoas cadastradas, distribuídas em 482 famílias divididas em 11 micros áreas. Como possíveis sujeitos desta proposta de intervenção, destaca-se que a população adulta de 30 a 59 anos é representada por 46, 74 % indivíduos do sexo feminino e 25, 61 % do sexo masculino. A população acima de 60 anos é representada por 22,78 % do sexo feminino e 21, 82 do sexo masculino (BRASIL, 2017b).

1.4 Estimativa rápida - os principais problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo do projeto de intervenção)

Para levantar as informações do território foi realizado o diagnóstico situacional empregando o método da estimativa rápida. Este método segundo Faria; Campos e Santos (2018, p.35)

[...] constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo planejamento participativo.

Assim foram identificados os problemas descritos abaixo:

- Elevada incidência de casos de pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM).
- Descontrole de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabéticos e cardiopatias).

- Incidentes casos de adolescentes em situações de vulnerabilidade (usuários de drogas, jovens infratores).
- Insuficiente qualidade e abastecimento de água (considerado fora da governabilidade da equipe).
- Aumento principalmente do número de adolescentes que iniciam precocemente a vida sexual com aumento da incidência de casos de DST-HPV e Sífilis (dados colhidos durante as consultas).
- Sedentarismo na população adulta. (dado encontrado durante as consultas, nas visitas domiciliares e prontuários).

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Diante dos complexos problemas identificados ficou visível que a Equipe de Saúde da Família não tem condições financeiras e recursos humanos para enfrentar todos de uma só vez, além de alguns fazerem parte de outros setores, como por exemplo, a qualidade e o insuficiente abastecimento de água.

Foram utilizados para priorização, os critérios preconizados pelo Módulo Planejamento, avaliação e programação em saúde (Faria; Campos; Santos, 2018), ou seja, a importância do problema. Esta, por sua vez, pode ser alta, média ou baixa, conforme distribuição de pontos conforme sua urgência (o total dos pontos distribuídos vai até 30). Foram avaliados também, a capacidade de enfrentamento do problema pela própria equipe, a sua viabilidade e os recursos de que dispõe. A priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional realizado pela ESF na Unidade Básica de Saúde Cônego Luiz Cirilo da Silva foi apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 - Priorização dos problemas identificados no território da ESF na Unidade Básica de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva do município de Olivença /AI, 2018.

Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de enfrentamento**	Seleção/Priorização*
		*	*	***
Elevada incidência de casos de pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM).	Alta	7	Parcial	1
Descontrole das doenças crônicas não	Alta	7	Parcial	2

transmissíveis				
Incidente de casos de adolescentes em situação de vulnerabilidade.	Media	4	Parcial	3
Sedentarismo na população adulta	Média	6	Parcial	4
Aumento do número de adolescentes que iniciam precocemente a vida sexual com aumento da incidência de casos de DST-HPV e Sífilis principalmente.	Média	4	Parcial	5

Fonte: adaptação do quadro do Módulo de Planejamento, avaliação e programação em saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a “Elevada incidência de casos com IAM no território da ESF na Unidade Básica de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva do município de Olivença /Al, 2018”.

2- JUSTIFICATIVA

O infarto agudo do miocárdio (IAM) tem sido uma das principais causas de morte dentre as doenças cardiovasculares, tanto no Brasil como no mundo. Situação agravada pelo fato de que 45 a 60% das mortes por IAM podem ocorrer na primeira hora após iniciado o episódio e, durante as primeiras 24 horas, ocorre 80% das mortes (PARANÁ, 2016).

A população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva, de Olivença, AL. vem apresentando crescentes casos de infarto agudo do miocárdio (IAM). No ano de 2014 ocorreram 23 óbitos causados por IAM, em 2015 foram 31 óbitos, em 2016 aconteceram 29 óbitos e, no ano 2017, foram a óbito 31 pessoas por causa de IAM. Diante dessa realidade, a Equipe de Saúde da Família identificou ainda, que os indivíduos que residem na área de abrangência possuíam pouca informação em relação aos fatores de risco e as medidas de promoção e prevenção do infarto agudo do miocárdio (IAM). Por isso, os dados acima apontam para a urgência de se incrementar políticas públicas, com o intuito de frear o crescimento do número de infarto agudo do miocárdio, bem como, suas sequelas.

O projeto de intervenção busca, portanto, desenvolver ações de educação em saúde para as pessoas com risco cardiovascular e seus familiares, buscando desta forma, reduzir a morbimortalidade por IAM na população. Foram propostas ações de saúde que promovem a mudança do estilo de vida, além de fornecer orientações para o reconhecimento de um possível quadro de infarto por parte do paciente e seus familiares, bem como o local para o qual deve se dirigir.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Fazer uma proposta estratégica de educação em saúde, que possibilite a redução dos riscos de infarto agudo do miocárdio (IAM) na área de abrangência da Equipe de Saúde Cônego Luís Cirilo da Silva de Olivença / Alagoas.
-

3.2 Específicos

- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais da equipe ligados ao atendimento de pessoas com risco;
- Desenvolver ações integradas de educação em saúde sobre a importância de prevenir esta doença;
- Estimular a participação ativa das pessoas com risco e a família nas atividades educativas desenvolvidas pela Equipe de Saúde na UBS;
- Reduzir os casos de infarto agudo do miocárdio na área.

4 METODOLOGIA

A partir do diagnóstico situacional previamente realizado por todos os membros da Equipe de Saúde por ocasião da realização da disciplina Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde foi possível identificar e analisar cada um dos problemas de saúde. Posteriormente, foram identificadas soluções para o problema escolhido, tendo em vista sua magnitude, relevância e capacidade de resolução. Também foram usados dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

O Plano de intervenção foi elaborado tendo como referencia o Planejamento Estratégico Situacional, focando no problema priorizado e seus nós críticos, para os quais foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários.

Ao preparar uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional da área de abrangência, e tendo em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência; verificou-se que a solução do problema está dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto. Dessa maneira, a equipe escolheu a “Elevada incidência de casos de pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM)” como problema prioritário.

Como variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco associados à elevada incidência de IAM, foram considerados: número de pessoas com IAM na comunidade; o desconhecimento da população sobre os fatores de risco (antecedentes de outras doenças, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, baixo nível cultural, pouco conhecimento sobre o tema) e as medidas de promoção e controle da doença. Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou todos os dados dos indivíduos cadastrados.

A gravidade da situação encontrada aponta para a necessidade de se fazer algo para as pessoas em situação de risco, residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde. Sendo assim, optamos por ações educativas voltadas para a comunidade e a Equipe de Saúde.

Para dar sustentação teórica ao projeto de intervenção, realizou-se um levantamento bibliográfico na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e outras fontes, tais como os arquivos da Sociedade Brasileira de Cardiologia e documentos do Ministério da Saúde, dentre outros. Os seguintes descritores orientaram a busca: fator de risco, infarto agudo do miocárdio, saúde da família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A situação do Brasil em relação ao infarto agudo do miocárdio

O infarto agudo do miocárdio (IAM), como as demais doenças cardiovasculares tem representado um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo em vista as altas taxas de incidência e mortalidade. No Brasil elas têm sido responsáveis por 183,3 mortes em 100.000 hab., encontrando-se entre as maiores do mundo, comparando-se a de países como a China e do Leste Europeu (BAENA et al., 2012; MALTA, et al., 2014; MORAN et al., 2014 apud SANTOS et al., 2018).

Segundo Marcolino et al. (2013, p. 308)

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a segunda causa de morte mais frequente (7%, Datasus, 2010), e no sistema público de saúde a mortalidade hospitalar dos pacientes internados por IAM se mantém persistentemente elevada: em média, 16,2%, em 2000, 16,1%, em 2005, e 15,3%, em 2010, para as internações registradas em todo país (Datasus).

Apesar dos esforços empreendidos nos últimos anos para diminuir as doenças cardiovasculares por meio da Política Nacional de Promoção à Saúde e o Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão e do Diabetes (HIPERDIA), a mortalidade por doenças circulatória no país, em especial o IAM, continuam altos quando comparadas com os países desenvolvidos (SANTOS et al., 2018).

Ribeiro et al. (2016, p. 422) apontam que, “[...] Em 2011, as DCV foram responsáveis por 31% de todos os óbitos, sendo as doenças isquêmicas do coração (31%) e as doenças cerebrovasculares (30%) as principais causas de DCV.¹ Para os autores,

[...] Apesar do aumento no número total de mortes por DCV, as taxas de mortalidade ajustadas por idade para DCV declinaram 24% entre 2000 e 2011. A assistência médica prestada pelo sistema de saúde pública universal do Brasil, que se concentra na prevenção primária, contribuiu para essa conquista.² (RIBEIRO et al., 2016, p. 422).

¹ In 2011, CVD was responsible for 31% of all deaths, with ischemic heart disease (31%) and cerebrovascular diseases (30%) being the leading CVD causes

² Despite an increase in the overall number of CVD deaths, the age-adjusted mortality rates for CVD declined 24% between 2000 and 2011. Health care delivered by Brazil's universal public health system, which focuses on primary prevention, has contributed to this achievement.

Entretanto, a diminuição da mortalidade, quando ajustada por idade, diferiu conforme “[...] a raça, sexo e status socioeconômico com indivíduos negros e populações de baixa renda que sustentam o maior impacto das DCV, especialmente em idades mais jovens”³ (RIBEIRO et al., 2016, p. 422).

Os autores concluem que:

[...] Com um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo em termos de cobertura populacional, o Brasil tem os meios para implementar ações para enfrentar a alta carga de DCV, com foco na promoção da saúde e atenção integral. O financiamento insuficiente, a baixa escolaridade e as desigualdades sociais permanecem como as principais barreiras a serem superadas.⁴

5.2 Definição, sinais e sintomas, tratamento e fatores de risco do infarto agudo do miocárdio

A Linha guia de infarto do miocárdio da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (PARANA, 2016, p. 12) define o infarto agudo do miocárdio como sendo “[...] uma lesão isquêmica no músculo cardíaco, ou miocárdio, decorrente da interrupção do fluxo sanguíneo em determinada área do coração”. Para o autor, essa interrupção acontece comumente devido a “[...] ruptura de uma placa aterosclerótica que forma um trombo no local, impedindo a passagem do sangue pela luz do vaso. A interrupção do suprimento sanguíneo leva à morte celular e à necrose miocárdica, caso o fluxo não seja restabelecido em tempo”. O tamanho da necrose é diretamente proporcional ao tempo gasto para a reversão do quadro de isquemia, daí a importância do diagnóstico e atendimento rápidos.

O autor aponta ainda, que o infarto agudo do miocárdio

[...] faz parte do grupo das síndromes coronarianas agudas (SCA) que se dividem em SCA sem elevação do segmento ST e SCA com elevação do segmento ST.

However, the decline in age-adjusted mortality differs according to race, sex, and socioeconomic status with black individuals and lower-income populations sustaining the greatest impact of CVD, especially at younger ages. With one of the world's largest public health systems in terms of population coverage,

³ Health care delivered by Brazil's universal public health system, which focuses on primary prevention, has contributed to this achievement. However, the decline in age-adjusted mortality differs according to race, sex, and socioeconomic status with black individuals and lower-income populations sustaining the greatest impact of CVD, especially at younger ages

⁴

- SCA sem elevação do segmento ST: compreende a angina instável e o infarto sem supra de ST (IAMSST). A diferença fundamental entre ambos é que o primeiro não apresenta elevação dos marcadores de necrose miocárdica (MNM), e o segundo é caracterizado pela elevação dos MNM. Basicamente, a fisiopatologia e a conduta clínica são semelhantes em ambos os casos, conforme a estratificação de risco.
- SCA com elevação do segmento ST: é também denominado de IAM com supra de ST (IAMCST). O diagnóstico de IAMCST pode ser estabelecido quando existe dor torácica típica de infarto associada a bloqueio de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo, ou elevação do segmento ST no eletrocardiograma em duas derivações contíguas, relacionadas à mesma parede ventricular (PARANA, 2016, p. 12).

Segundo a V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a maioria das mortes por infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre fora do ambiente hospitalar e, geralmente, não recebe assistência médica. Isto porque a morte acontece “[...] nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40 a 65% na primeira hora e, aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas” (PIEGAS et al., 2015, p. 1).

Uma vez iniciado os sinais e sintomas do IAM, o principal objetivo do atendimento pré-hospitalar é [...] reduzir o tempo entre o início do evento isquêmico/necrose muscular até o tratamento efetivo, restaurando a perfusão miocárdica”. Trata-se de um período muito delicado porque abrange dois momentos: “[...] (1) do início dos sintomas (geralmente dor torácica aguda) até a decisão de procurar atendimento; (2) da decisão de procurar atendimento até a chegada ao hospital” (PIEGAS et al., 2015, p.1).

Segundo Fuchs (2016, p. 1) “Essa doença crônica tem origem multifatorial, manifestando-se em indivíduos adultos, usualmente a partir dos 40 anos”. No cotidiano, o que se observa nessa fase pré-hospitalar, em ambos os momentos descritos, é que ela pode ser demorada, em especial em pacientes idosos, do sexo feminino e naqueles com baixa condição socioeconômica (PIEGAS et al., 2015).

Assim, desde o início dos sintomas decorrente da oclusão da artéria coronária até a instituição do tratamento realizado por meio de reperfusão química ou mecânica, o tempo é um fator importante para a diminuição de eventos clinicamente relevantes. Esse tempo é fundamental para o benefício do tratamento, tanto imediato quanto tardio no IAM com Elevação do Segmento ST, uma vez que:

[...] é nesse momento que podemos reduzir a morte nas primeiras horas intervindo, por exemplo, no mecanismo mais frequente de morte, que é a Fibrilação Ventricular (FV) e cuja única forma de reversão é por meio da desfibrilação (PIEGAS et al., 2015, p.1).

Dentre os fatores que atrapalham a identificação do Infarto Agudo do Miocárdio retardando a busca por assistência médica, Piegas et al. (2015) destacam, a dificuldade do paciente em valorizar os sintomas da dor torácica como sendo um infarto. É comum o paciente relacionar os sintomas a condições crônicas preexistentes ou a uma doença comum, tais como a gripe ou dor muscular. Geralmente, as pessoas desconhecem os benefícios que podem ser obtidos com o tratamento rápido, além disso, a assistência extra-hospitalar de urgência e, muitas vezes, a hospitalar, não está disponível a todos de maneira homogênea.

Os autores destacam ainda, que para aqueles indivíduos

[...] que apresentam parada cardíaca antes de receber qualquer abordagem, a medida mais importante e de maior impacto seria a difusão global do conhecimento sobre atendimento básico da parada cardíaca (no formato BLS, sigla do inglês Basic Life Support) por indivíduos leigos na população em geral, de forma que o conhecimento mínimo para atendimento de situações de emergência estaria disponível de forma capilarizada para quase toda a população (PIEGAS et al., 2015, p.1-2).

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o desenvolvimento de programas de tratamento pré-hospitalar do IAM foi motivado pela “[...] importância da fibrilação ventricular como mecanismo de óbito precoce e a habilidade na ressuscitação e na desfibrilação”. A desfibrilação tem salvado cerca de seis vezes mais vidas que o próprio tratamento trombolítico, no entanto ela “[...] depende de sua rápida aplicação ao paciente” (PIEGAS et al., 2015, p.2).

Desse modo, a potencialidade do impacto, com relação a intervenção na fase pré-hospitalar no IAM, tem reforçado a necessidade de criação de programas que possibilitem:

- a) a identificação do perfil dos indivíduos que foram acometidos pelo infarto agudo do miocárdio e que não chegaram a ser atendidos pelo serviço de urgência, ou ao hospital, o que favorece a avaliação do estado atual de atendimento.

- b) a implementação de postos de acolhimento, provisionados, qualificados e de amplo alcance na recepção à população, podendo ser móveis ou fixos.
- c) a disponibilização de um maior número de informações à população com relação aos sintomas de IAM, bem como sobre a importância de uma procura rápida por assistência médica.
- d) a realização de treinamento da população nos moldes do inglês Basic Life Support (BLS) para o atendimento de urgência.
- e) a disponibilização em locais públicos de grande circulação de desfibriladores externos automáticos (PIEGAS et al., 2015).

É importante destacar ainda, as particularidades de risco para a ocorrência anormal de infarto agudo do miocárdio, tais como: indivíduos idosos, o fato de pertencer ao sexo feminino, a existência de outras doenças agregadas, como por exemplo, o diabetes mellitus, a insuficiência cardíaca, bem como a presença de marca-passo (PIEGAS et al., 2015).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) seja ele com supra do segmento ST ou sem supra do segmento ST, compõe a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) caracterizando-se como um importante problema de saúde pública do mundo atual, tendo em vista tratar-se de uma emergência médica. É uma das principais causas de morte não violenta e seu surgimento, na maioria das vezes, tem a ver com os hábitos de vida inadequados e tem sido responsável por grandes gastos nos serviços de saúde (MAGEE et al., 2012).

A dor torácica da Síndrome Coronariana Aguda apresenta uma história característica sendo relatada geralmente como um “[...] peso, queimação ou constrição, de localização retroesternal, podendo irradiar para extremidades superiores, ombro ou mandíbula esquerda”. No entanto, a dor do infarto do miocárdio, embora seja semelhante à dor da angina estável (um dos componentes da SCA), pode ocorrer sem “estresse desencadeante”, mostra-se mais intensa, com permanência maior que vinte minutos, não aliviando após o uso de nitratos (BASSAN et al., 2000 e CAIXETA et al., 2000 apud MAGEE et al., 2012, p. 179).

O paciente pode apresentar ainda, sudorese, náuseas, vômitos, dispneia e palpitações. Esses sintomas podem ocorrer em 20% de indivíduos, tais como idosos, mulheres e diabéticos, cuja dor torácica pode aparecer de maneira atípica.

Podem ocorrer também, nos indivíduos que tiveram o diagnóstico fechado de IAM, mas não apresentaram dor precordial em momento algum. Por isso, em determinadas situações, as náuseas e vômitos podem ser os únicos sintomas em pacientes com IAM de parede inferior (BASSAN et al. 2000 e KUMAR; CANNON, 2009 apud MAGEE et al., 2012, p. 179)

Assim, devem ser investigados a presença de fatores de risco, tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, idade (homens acima de 60 anos e mulheres com idade superior a 70 anos), vida sedentária, tabagismo, presença de doença coronariana crônica na história familiar, utilização de drogas simpaticomiméticas (principalmente em pacientes jovens, e que não apresentam outros fatores de risco (MAGEE et al., 2012).

Desse modo,

[...] protocolos de orientação à investigação da dor torácica e gradações de risco para a seleção adequada do tratamento são levantados em razão da persistente dificuldade diagnóstica e objetivam uma admissão amigável do paciente, rápido acesso à equipe médica, assim como uma organizada e eficiente estratégia de cuidado, visando também a otimização dos recursos com menores custos (FAUCI, et al., 2008; BASSAN et al., 2000; CARVALHO e GONÇALVES, 2009 apud MAGEE et al., 2012, p.175).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 32) os fatores de risco podem ser definidos como “[...] condições ou características associadas à maior probabilidade de uma pessoa desenvolver uma doença”. Eles podem ser comportamentais, sendo assim, são passíveis de intervenção, tais como: o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física, o consumo de álcool e outras drogas. Esses fatores de risco, por sua vez, podem ser potencializados pelos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, que atuam como condicionantes.

Para o autor, como os fatores de risco, citados anteriormente, são comuns para várias doenças crônicas, é importante otimizar os recursos ao atuar sobre esses fatores de risco. Propõe ainda, trabalhar na perspectiva da promoção de saúde, com uma abordagem integral em relação aos principais fatores de risco para as doenças crônicas relacionadas com o sistema cardiovascular, dentre eles: tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável (BRASIL, 2012).

Isso possibilita que as ações de promoção de saúde sejam focadas em um grande grupo de doenças crônicas que são priorizadas pelas atuais políticas públicas, tais como: doenças circulatórias, respiratórias crônicas, câncer e diabetes (WHO, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, apud BRASIL, 2012).

5.3 Fisiopatologia do infarto agudo do miocárdio

É importante ressaltar, que uma variedade de fatores clínicos preveníveis podem gerar o processo de lesão endotelial e formação da aterosclerose: tais como: hipertensão, diabetes, tabagismo, infecções e o estresse. Esses fatores causam alteração do fluxo sanguíneo sobre o endotélio e como consequência produz a lesão (FAUCI, et al., 2008, BASSAN e BASSAN, 2006, apud MAGEE et al., 2012)

Verifica-se que, a ruptura da placa aterosclerótica, com trombose superposta como consequência, produz isquemia miocárdica aguda. Entretanto, observa-se em alguns pacientes que o fenômeno isquêmico deriva de prolongada redução do fluxo coronário por vasoespasma arterial localizado ou difuso ou por trombose aguda, na ausência de substrato aterosclerótico visível em termos angiográficos (MAGEE et al., 2012).

Os autores relatam ainda, que a instabilidade da placa aterosclerótica pode ser desencadeada por alguns.

[...] fatores mecânicos que causam erosão e ruptura; fatores inflamatórios com expressão de moléculas de adesão sobre monócitos, leucócitos, células endoteliais, participação de macrófagos e linfócitos T no interior da placa, que podem levar a uma degradação da capa fibrótica pela liberação da enzima metaloproteinase e inibição da produção de colágeno (que mantém a integridade da capa fibrótica) pelo interferon (MAGEE et al., 2012, p. 177).

Nessa situação, pode sobrevir

[...] a liberação de fatores de crescimento, oxidação do LDL colesterol pelos macrófagos, proliferação de células musculares lisas, produção de células espumosas, deposição de plaquetas na superfície da placa rompida, ativação plaquetária com liberação de tromboxano e liberação de fator tecidual pelos monócitos, aumentando a geração de trombina. Tem-se ainda uma resposta aumentada ao estímulo vasoconstritor e diminuída à vasodilatação. A inflamação media todas as etapas do processo aterosclerótico (MAGEE et al., 2012, p. 177).

Esse processo inflamatório pode ser medido por meio da proteína C reativa, que se constitui uma citocina pró-inflamatória produzida pelo fígado, cujo aumento em sua concentração plasmática, aponta para uma maior gravidade do paciente. Já com a interleucina-10, uma citocina anti-inflamatória que, quando elevada, indica um melhor prognóstico (BASSAN e BASSAN, CHAR, 2005, KUMAR; CANNON, 2009 apud MAGEE et al., 2012)

Assim, no desenvolvimento das formas clínicas da SCA, como origem comum tem-se a aterosclerose que demonstra

“[...] o espessamento e o endurecimento das artérias de médio e grande calibre com lesões ricas em lipídios que podem acometer todas as camadas do vaso (íntima, média e adventícia). Estas lesões, ao se complicarem por trombose mural com oclusão parcial ou total do vaso, vão desencadear um processo de isquemia, culminando ou no quadro de angina instável, ou em necrose, sendo esta última a lesão morfológica do infarto agudo do miocárdio (COSTA e VIEIRA, 2007 apud MAGEE et al., 2012, p. 177).

Dessa maneira, a importância de um diagnóstico rápido e criterioso, que proporcione os cuidados apropriados que realmente os pacientes necessitam, aliado ao conhecimento dos processos fisiopatológicos é importante não só para um tratamento acertado do infarto agudo do miocárdio, como também para sua prevenção, objeto deste projeto de intervenção.

Marcolino et al. (2013) relatam que a criação da linha de cuidado do IAM no município de Belo Horizonte levou a reorganização do cuidado de pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda que incluiu treinamento e motivação das equipes das Unidades de Pronto Atendimento, além de possibilitar uma maior integração entre os serviços, facilitando o acesso a laboratórios de hemodinâmica e a leitos de terapia intensiva e HAC em cardiologia. Como resultado, dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) mostraram uma redução da taxa de mortalidade hospitalar por IAM após a implantação dessa linha de cuidado, com taxas muito inferiores às observadas nas principais capitais brasileiras.

Por isso, é de suma importância que se venha a conhecer os fatores de riscos que aumentam a possibilidade de se ter um ataque cardíaco, para poder prevenir. Dentro do contexto estudado nota-se o direcionamento mais para a população idosa, no entanto, sabendo que existem indivíduos de outras faixas etárias também

vulneráveis ao IAM, é importante detectar precocemente aqueles submetidos aos fatores de riscos. É interessante observar também, alguns fatores que aumentam a condição de se ter um ataque cardíaco e outros que atuam como protetores e podem diminuir essas possibilidades, tais como: alimentação saudável e exercícios físicos. Estes podem ser considerados verdadeiras armas eficazes contra problemas cardiovasculares.

5.4 Ações de promoção da saúde para redução dos fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a diminuição da exposição aos fatores de risco pode ser conseguida com a adoção de hábitos saudáveis de vida, o que constitui um fator de proteção contra essas doenças. Como exemplo, cita que a eliminação dos quatro principais fatores de risco, ou seja, tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável poderão prevenir “[...] 80% das cardiopatias, dos acidentes vasculares cerebrais e das diabetes tipo II e mais de 40% dos casos de câncer de acordo com WHO” (2005 apud BRASIL, 2012, p.32). O autor destaca também, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005 apud BRASIL, 2012, p. 32),

[...] o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (.consumo diário inferior a 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções por pessoa) é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo.

Assim, a hipertensão arterial tem sido o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, causando cerca de 7,5 milhões de mortes/ano (12,8% de todas as mortes). O tabagismo, por sua vez, tem sido responsável por seis milhões de mortes/ano, a inatividade física por cerca de 3,2 milhões, o sobrepeso/obesidade por 2,8 milhões, o colesterol alto por cerca de 2,6 milhões e o alto consumo de álcool por 2,3 milhões de mortes/ano (BRASIL, 2012).

Desse modo, a redução dos riscos de doenças cardiovasculares (inclusive hipertensão arterial), o diabetes, câncer de mama e de colo/reto e depressão podem ser obtidos com a prática regular de atividade física, que também auxilia no controle do peso. Por isso, conhecer e monitorar os fatores de risco e fatores protetores nos adultos pertencentes ao território da ESF é essencial para atuar sobre o processo

saúde-doença, desenvolvendo políticas públicas específicas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2012).

Em estudo realizado pelo Vigitel, no período de janeiro a dezembro de 2011, em relação aos fatores de risco citados anteriormente, verificou-se que mais de 10% da população adulta brasileira é exposta à fumaça do cigarro, sendo 14,8% como fumante ativo ou 11,8% como fumante passivo no domicílio e 12,2% no local de trabalho. O excesso de peso esta presente em 48,5% da população e a obesidade atinge 15,8%. Com relação aos hábitos alimentares verificou-se um alto consumo de gordura nos alimentos básicos da dieta, sendo 34,6% provenientes das carnes e 56,9% do leite (BRASIL, 2012, p. 35).

Por outro lado, o consumo de cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, quantidade recomendada pela Organização Mundial da Saúde foi informada por apenas 20,2% da população, no estudo citado acima. A pratica de atividade física recomendada no tempo livre é realizada por cerca de 30,3% dos adultos residentes em capitais brasileiras (quase um terço), no entanto 14,0% deles são considerados inativos e 27,1% assistem, a no mínimo, três ou mais horas de televisão diariamente. Com relação a bebidas alcoólicas, seu consumo abusivo foi relatado por aproximadamente um sexto dos indivíduos (17,0%) e por 26,2% dos homens que, por sua vez, também admitiram dirigir após o consumo de bebida alcoólica (BRASIL, 2012, p. 32).

Por isso, é de suma importância que se venha a conhecer os fatores de riscos que aumentam a possibilidade de se ter um ataque cardíaco, para poder prevenir. Dentro do contexto estudado nota-se o direcionamento mais para a população idosa, no entanto, sabendo que existem indivíduos de outras faixas etárias também vulneráveis ao IAM, é importante detectar precocemente aqueles submetidos aos fatores de riscos. É interessante observar também, alguns fatores que aumentam a condição de se ter um ataque cardíaco e outros que atuam como protetores e podem diminuir essas possibilidades, tais como: alimentação saudável e exercícios físicos. Estes podem ser considerados verdadeiras armas eficazes contra problemas cardiovasculares.

Com relação às recomendações não medicamentosas, em especial as abordagens nutricionais, Fuchs (2016, p. 2) afirma que:

Houve redução na incidência de eventos cardiovasculares, especialmente em dietas que substituíram gorduras saturadas por poli-insaturadas. Também se recomenda a redução (ou até a abolição) da ingestão de gorduras trans, nome dado a óleos vegetais hidrogenados. Na forma sólida, aumentam a eficiência na conservação de alimentos, estando presentes em sorvetes, margarinas, bolachas e outros.

Fuchs (2016, p.3) cita o estudo de Lyon onde foram testados os componentes centrais da Dieta do Mediterrâneo, em especial o “[...] óleo de oliva, usado para a preparação da comida e tempero de saladas, consumo frequente de frutas, verduras e legumes e mais peixe do que carnes de porco, gado e cordeiro”. Os indivíduos foram acompanhados por 46 meses e, como resultado, foi verificada a diminuição de cerca de “[...] 50% na incidência de diversos desfechos primordiais nos participantes alocados à dieta do Mediterrâneo, como infarto fatal e não fatal, AVC, insuficiência cardíaca e angina”. Relata ainda, “[...] que a recomendação reiterada de diminuir a quantidade de sal ingerida associa-se com redução relevante da pressão arterial ao fim de dois anos” (RIEGEL et al., 2016 apud FUCHS, 2016)

O Ministério da Saúde alerta que

O papel do profissional não é somente de repassar as informações, mas de estimular a problematização, fazendo com que o paciente se torne sujeito da ação, promovendo autonomia e autocuidado. Para isso, é importante que as metas sejam pactuadas, de comum acordo, entendendo que cada indivíduo apresenta diferentes barreiras à mudança de comportamentos e que metas fáceis para alguns podem ser desafiadoras para outros (BRASIL, 2014, p. 72).

Com relação às atividades físicas ou práticas corporais é importante salientar que elas necessitam “fazer parte do dia a dia”. Por isso, elas devem ser introduzidas aos poucos e de acordo com os “interesses, necessidades e limitações” dos indivíduos, começando primeiro com o aumento do volume e a frequência das atividades, para depois ser aumentada a sua intensidade, possibilitando o condicionamento físico (BRASIL, 2014, p.86).

Assim, para indivíduos com idade entre 18 e 65 anos

[...] o ideal é que as atividades físicas/práticas corporais realizadas para o lazer, no tempo livre, para transporte, no trabalho, nas tarefas domésticas, nos esportes e exercícios planejados componham ao menos 150 minutos de atividade **aeróbica** de intensidade **moderada**, ou pelo menos a soma de 75 minutos de atividade **aeróbica intensa**

por **semana**. Essas atividades precisam ser realizadas em períodos com duração não menor que 10 minutos (BRASIL, 2014, p.86).

Essas atividades podem ser aplicadas aos idosos, porém, para os que possuem mais de 65 anos, é necessário realizarem também “[...] atividades que melhorem o equilíbrio e previnam quedas, pelo menos três vezes por semana. Não podendo seguir essas recomendações por limitações de saúde, deve-se seguir conforme as possibilidades” (BRASIL, 2014, p.86).

Além disso, pode ser que este grupo necessite ainda de:

[...] atenção especial na avaliação de comorbidades, na orientação e na prescrição de atividades físicas/práticas corporais específicas que visem à melhoria da saúde e à manutenção da autonomia física e cognitiva, podendo ser necessário o acompanhamento por equipe de apoio como profissionais do Nasf ou da rede de serviços de Saúde (BRASIL, 2014, p.86).

Com relação ao tabagismo é necessário destacar que ele é “[...] considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres, assim como já está bem estabelecida a sua correlação com a doença cerebrovascular” É necessário avaliar inicialmente se os indivíduos são fumantes ativos ou passivos. (BRASIL, 2014, p.56).

De acordo com o INCA

[...] o tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo- -comportamental, que tem a finalidade de orientá-lo sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar com o fumo, bem como motivá-lo no processo de cessação do tabagismo, fornecendo orientações para lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos (INCA, 2001 apud BRASIL, 2014, p.56).

Desse modo, compete aos profissionais da atenção básica “[...] promover ações de informação e de incentivo ao abandono do tabaco a todos os fumantes que utilizam esse serviço, que podem ser particularmente efetivas devido ao vínculo habitualmente estabelecido entre esses profissionais e os usuários” (BRASIL, 2014, p.56). Fiore et al.,(2009 apud BRASIL, 2014, p. 56) afirma “[...] que abordagens rápidas, repetidas em cada consulta e que reforçam a necessidade de parar com o uso do tabaco aumentam significativamente as taxas de abstinência”.

O uso abusivo de álcool tem sido prejudicial a saúde promovendo um aumento exponencial da pressão artéria, tanto em homens quanto em mulheres, em especial quando o consumo médio diário é acima de 30 g de etanol. Essa quantia é encontrada “[...] em duas doses de destilados, em duas latas de cerveja ou em dois copos de vinho” (BRASIL, 2014, p.62).

Além dos fatores relacionados à capacidade do próprio indivíduo em se cuidar, quando está sob efeito do álcool, o autor destaca que o

“[...] consumo excessivo de álcool podem levar a descompensações agudas das doenças crônicas, sendo fundamental avaliar nesses casos a pressão arterial e a glicemia desses usuários, pois podem ocorrer alterações significativas que necessitam de intervenções clínicas BRASIL, 2014, p. 63).

É preciso, assim, incrementar as ações de promoção e prevenção de saúde no sentido de ampliá-las junto à população com risco para o IAM. Em especial, aumentar as atividades de educação em saúde com temas essenciais de acordo com as necessidades da população do território de atuação da ESF.

5.5 A educação em saúde na prevenção do infarto agudo do miocárdio

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a educação em saúde caracteriza-se como um conjunto de práticas que busca contribuir para melhorar a autonomia das pessoas no seu próprio cuidado. Trata-se de um processo educativo onde os indivíduos constroem conhecimentos em saúde, visando à assimilação de determinado tema pela população.

De acordo com Falkenberg et al. (2014, p. 847)

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

Os autores consideram ainda, que apesar da descrição acima apresentar informações que implicam a interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, no cotidiano dos serviços de

saúde ainda existe uma grande distância entre retórica e prática (FALKENBERG et al., 2014).

Para Machado et al. (2007) a educação em saúde pode ser considerada como processo político pedagógico que, por sua vez, exige o incremento de um pensamento crítico e reflexivo, que possibilite o desvelar da realidade e a proposição de ações transformadoras. Estas ações devem incentivar os indivíduos a desenvolverem a sua autonomia e sua emancipação como sujeitos histórico e social, e sendo capazes de proporem e opinarem nas decisões de saúde, que resultem num cuidado de si, de sua família e de sua coletividade:

É importante ressaltar que, as “[...] práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão” (FALKENBERG et al., 2014, p. 848).

Por isso, é fundamental que a organização da atenção à saúde ocorra por meio de Redes (RAS) para que a coordenação e a integração dos serviços e ações de saúde, bem como, a construção da integralidade e da qualidade do cuidado à saúde da população estejam agregadas (BRASIL, 2014).

A prevenção e promoção de saúde tem um papel importante no estilo e modo de vida de cada pessoa já que elas determinam o estado de saúde de cada indivíduo a curto e longo prazo. A comunidade pertencente ao território da ESF Cônego Luís Cirilo Silva tem certas características, tais como: crenças, preconceitos, tabus, tradição, cultura e pobreza que podem interferir na realização do diagnóstico precoce, fazendo com que o trabalho da ESF tenha de ser sistemático e envolvendo cada membro da equipe.

6 PLANO DE AÇÃO

A Equipe de Saúde da Família começou a atuar no PSF Cônego Luís Cirilo Silva em dezembro 2016 e desde então, temos trabalhado com os dados obtidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Durante a realização do Módulo Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde de autoria de Faria; Campos; Silva (2018) foi possível realizar um levantamento situacional, por meio da estimativa rápida, juntamente com equipe de saúde, que evidenciou problemas estruturais em diferentes situações de atendimento, além da identificação de problemas de saúde que afetam e são prevalentes na população do território da ESF. Posteriormente, foram analisados cada um dos problemas prevalentes, tendo em vista sua magnitude, relevância e capacidade de resolução. Foi escolhido como problema a ser trabalhado elevada incidência de indivíduos com infarto agudo do miocárdio (IAM) e escolhido a “Elevada incidência de casos com IAM” como prioritário”.

6.1 Descrição do problema selecionado

São muitos os estudos que atribuem o crescimento de casos de IAM e apontam um conjunto de fatores que tem provocado mudanças importantes no comportamento dos fatores de riscos, hábitos alimentícios e estilos de vidas.

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB da Secretaria Municipal de Saúde de Olivença e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações colhidas pelos agentes comunitários durante a estimativa rápida.

Foram consideradas as variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco associados à elevada incidência de casos com Infarto Agudo do Miocárdio: número pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio na comunidade e os fatores de risco, tais como: pessoas com antecedentes de outras doenças, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, baixo nível cultural, pouca divulgação e conhecimento sobre o tema. Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou todos os dados dos casos cadastrados.

6.2 Explicação do problema selecionado

A população da área de abrangência da Equipe de Saúde Cônego Luís Cirilo Silva de Olivença vem apresentando crescentes casos de infarto agudo do miocárdio (IAM). No ano de 2014 ocorreram 23 óbitos causados por IAM, em 2015 foram com 31 óbitos, em 2016 aconteceram 29 óbitos e no ano 2017 foram a óbito 31 pessoas por causa de IAM.

A Equipe de Saúde da Família considerou o nível de conhecimento das pessoas do território de atuação da ESF muito baixo em relação aos riscos do IAM, além da descompensação das doenças crônicas degenerativas, que estão entre as principais causas do incremento desta doença.

É inegável que se deve desenvolver ações educativas na área de abrangência para instruir as pessoas, familiares e profissionais da Equipe de Saúde sobre os riscos do IAM e suas principais consequências com o intuito de reduzir o número de casos.

Desse modo, o baixo nível de conhecimento das pessoas com risco sobre esta doença, aliado ausência de atividades de prevenção e promoção de saúde desenvolvida pela equipe, tem sido os principais fatores que interagem para culminar na elevada incidência do IAM.

O presente projeto justifica-se pelo aumento no índice de casos de pessoas com IAM na nossa área de abrangência e busca com ele orientar as pessoas de risco.

6.3 Seleção dos nós críticos

Dentro do Momento Explicativo do Planejamento Estratégico Situacional, buscou-se o esclarecimento sobre a realidade do problema e, tendo em vista o alto impacto sobre os fatos que revelam sua existência (Vetor de Descrição do Problema), pode-se agir de modo prático, efetivo e direto sobre a causa. Assim, levando-se em consideração a oportuna ação política durante o período de implementação do plano de ação, foram selecionados os nós críticos do problema prioritário:

- a) Indivíduos no território da ESF Cônego Luís Cirilo Silva com risco para desenvolver infarto agudo do miocárdio decorrente de hábitos e estilos de vida inadequados.
- b) Inadequado processo de trabalho da ESF Cônego Luís Cirilo Silva gerando a falta de busca ativa e ausência de acompanhamento e orientações às pessoas com fatores de risco para desenvolver o infarto agudo do miocárdio
- c) Desinformação dos indivíduos da área de abrangência da ESF Cônego Luís Cirilo Silva em relação aos fatores de risco, sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio, gerando a falta de adesão ao tratamento.

6.4 Desenhos das operações

A partir da identificação dos nós críticos pela Equipe de Saúde Cônego Luís Cirilo Silva de Olivença foi possível realizar o desenho das operações para solução dos mesmos, o que pode ser observado nos Quadros 3, 4 e 5 apresentados a seguir:

Quadro 3- Desenho de operações para resolução do nó crítico “Indivíduos no território da ESF Cônego Luís Cirilo Silva com risco para desenvolver infarto agudo do miocárdio decorrente de hábitos e estilos de vida inadequados”, Olivença / AL.

Nó crítico 1	Indivíduos no território da ESF com risco para desenvolver infarto agudo do miocárdio decorrente de hábitos e estilos de vida inadequados
Operação (operações)	Modificar hábitos e estilos de vida inadequados
Projeto	<p>“Hábitos saudáveis de vida”</p> <p>“Conhecer mais para se cuidar mais”</p>
Resultados esperados	<p>Redução de tabagismo;</p> <p>Redução do sedentarismo;</p> <p>Aumento das práticas alimentícias saudáveis.</p> <p>Pessoas com doenças crônicas com risco para o IAM conhecendo os fatores de risco, sua doença e prevenção das complicações.</p>
Produtos esperados	Redução de 40% do tabagismo entre os indivíduos do território.

	<p>-100% das pessoas com doenças crônicas conhecendo os fatores de risco, sua doença e prevenção das complicações.</p> <p>Melhoria do nível de conhecimento das pessoas.</p> <p>Realização de atividades que permitam aumentar a autoestima do paciente.</p>
Recursos necessários	<p>Recursos financeiros: para aquisição de audiovisuais e folhetos para atividades de educação em saúde.</p> <p>Cognitivo: construção de novos conhecimentos pela população que resultem em práticas de saúde mais saudáveis.</p> <p>Político: articulação entre os setores da saúde, educação, social e de esporte para a adesão dos profissionais do NASF nas ações de redução do tabagismo, sedentarismo e melhoria das práticas alimentícias. Mobilização social.</p> <p>Estrutural: disponibilidade de local para acolher a população para a realização de atividades educativas e físicas; organização de agenda da ESF em conjunto com profissionais do NASF;</p>
Recursos críticos	<p>Político: adesão do gestor local e dos profissionais do NASF.</p> <p>Estrutural: disponibilização de espaços para reunião e atividades físicas.</p> <p>Cognitivo: disponibilidade de mídias educativas.</p> <p>Financeiro: recurso para as despesas necessárias.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Secretária de Saúde - motivada</p> <p>Médica e enfermeira - motivadas</p>
Ações estratégicas de viabilidade	<p>Apresentação e discussão do projeto com o gestor local e o NASF</p> <p>Apresentação e discussão do projeto com as lideranças da comunidade.</p>
Prazo	Seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O processo de monitoramento e avaliação das operações será feito com a ESF e líderes da comunidade envolvidos. A médica e enfermeira atuarão também na coordenação das atividades para garantir os recursos, indicar novos rumos e correções se houver necessidade.

Fonte: autoria própria.

Quadro 4- Desenho de operações para resolução do nó crítico “Inadequado processo de trabalho da ESF Cônego Luís Cirilo Silva gerando a falta de busca ativa e ausência de acompanhamento e orientações às pessoas com fatores de risco para desenvolver o infarto agudo do miocárdio”.

Nó crítico 2	Inadequado processo de trabalho da ESF Cônego Luís Cirilo Silva gerando a falta de busca ativa e ausência de acompanhamento e orientações às pessoas com fatores de risco para desenvolver o infarto agudo do miocárdio
Operação (operações)	<p>Aumentar o conhecimento da ESF sobre os fatores de riscos para o IAM e as medidas de promoção e prevenção da saúde.</p> <p>Capacitar ESF para identificar, avaliar, prestar os primeiros cuidados e encaminhar indivíduos com IAM.</p> <p>Estabelecer junto a ESF e a Secretaria Municipal de Saúde o percurso para o atendimento do indivíduo com IAM.</p> <p>Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre os riscos e as ações de promoção e prevenção do IAM.</p>
Projeto	“Linha de cuidado para a prevenção do IAM”
Resultados esperados	<p>ESF capacitada em relação aos riscos e as medidas de promoção e prevenção de saúde, bem como os primeiros cuidados aos indivíduos com suspeita de IAM.</p> <p>Agentes comunitários de saúde capacitados para orientar os pacientes e família.</p> <p>Palestras, cursos, videoconferências, dinâmicas grupais na comunidade e na Unidade Básica de Saúde.</p> <p>Dinâmicas com grupos de pessoas de risco para o desenvolvimento de atividades físicas e alimentação saudável.</p>
Produtos esperados	<p>100% da ESF capacitada com relação aos riscos, promoção e prevenção da saúde, além de primeiros cuidados com os indivíduos com suspeita de IAM.</p> <p>100% de ACS capacitados em relação riscos e as ações de promoção e prevenção do IAM.</p> <p>Cadastro de 100% de pessoas com doenças crônicas que apresentem risco para o IAM.</p> <p>Estabelecimento de uma linha de cuidados que facilite o acesso dos indivíduos com risco de IAM as atividades de promoção e prevenção da saúde, as consultas e exames de saúde, estabelecendo os pontos de atenção.</p>
Recursos necessários	<p>Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos, recursos para a disponibilidade de medicamentos e exames básicos para o diagnóstico e controle dos indivíduos com risco para o IAM.</p> <p>Cognitivo: desenvolver as estratégias de comunicação e elaboração</p>

	<p>do projeto de linha de cuidado com seus respectivos protocolos.</p> <p>Político: articulação intersetorial e mobilização social.</p> <p>Estrutural: espaço para a reunião da ESF, líderes da comunidade e indivíduos com risco para o IAM.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: recurso financeiro para a compra de material educativo, manutenção dos medicamentos e exames básicos para o diagnóstico e controle dos indivíduos com risco de IAM.</p> <p>Cognitivo: disponibilidade de mídias educativas.</p> <p>Político: adesão do gestor local para a liberação dos recursos necessários</p> <p>Estrutural: disponibilização de espaços para reunião.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Médica</p> <p>Enfermeira;</p> <p>Núcleo de Apoio à Família;</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>
Ações estratégicas	<p>Apresentação e discussão do projeto com o gestor local.</p> <p>Reuniões da médica, enfermeira e Núcleo de Apoio à Família motivando os demais colegas da ESF e líderes da comunidade.</p>
Prazo	Seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira, com a participação ativa da ESF e líderes da comunidade.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Este projeto tem um prazo de seis meses para implantação das atividades e será monitorizado pela médica e enfermeiro da ESF.

Fonte: autoria própria.

Quadro 5 – Desenho de operações sobre o nó crítico 3 ” Desinformação dos indivíduos da área de abrangência da ESF Cônego Luís Cirilo Silva em relação aos fatores de risco, sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio, gerando a falta de adesão ao tratamento.

Nó crítico 3	Desinformação dos indivíduos da área de abrangência da ESF Cônego Luís Cirilo Silva em relação aos fatores de risco, sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio gerando a falta de adesão ao tratamento.
Operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco, sinais e sintomas do IAM. Estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento dos indivíduos com risco de desenvolver o IAM.
Projeto	“Mais aprendizado gerando mais autocuidado”
Resultados esperados	População com mais conhecimento sobre os fatores de risco, sinais e sintomas para o IAM. Indivíduos com fatores de risco para o IAM aderindo ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso.
Produtos esperados	100% da população alvo informada em relação aos fatores de risco e os sinais e sintomas para o IAM. 100% dos indivíduos com risco para o IAM aderindo ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso.
Recursos necessários	Financeiro: aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação e pedagogia Político: articulação com o NASF e líderes da comunidade. Estrutural: organização da agenda de atividades de educação em saúde da ESF e espaço físico.
Recursos críticos	Estrutural: disponibilização de local para as atividades de educação em saúde e reuniões. Cognitivo: disponibilidade de mídias educativas e conhecimento sobre o trabalho com grupos operativos. Político: apoio do gestor e das lideranças da comunidade. Financeiro: recurso para as despesas eventuais.

Controle dos recursos críticos	Medica e enfermeira da ESF.
Ações estratégicas	Não há necessidade de usar nenhuma ação estratégica porque a médica e enfermeira estão motivadas.
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medica e enfermeira da ESF em articulação com demais participantes.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O processo de monitoramento e avaliação das operações será feito com a ESF e líderes da comunidade envolvidos sob coordenação da médica e enfermeira da ESF.

Fonte: autoria própria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a identificação dos principais problemas de saúde pela Equipe de Saúde foi priorizado o problema “Elevada incidência de casos com infarto agudo do miocárdio”, por ser considerado como tendo maior governabilidade. Foram estabelecidos os nós críticos e elaboradas as operações para serem desenvolvidas no sentido de saná-los. Ficou estabelecido um período de seis meses para que as atividades pudessem ser desenvolvidas, tanto no âmbito da própria ESF, quanto às atividades de promoção e prevenção do infarto agudo do miocárdio junto a população.

Este plano de ação abrange as operações “Hábitos saudáveis de vida”, “Conhecer mais para se cuidar mais”, “Linha de cuidado para a prevenção do IAM”, “Mais aprendizado gerando mais autocuidado” que representam ações iniciais para tentar resolver o problema prioritário escolhido pela ESF. Busca, assim, garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

Para que a população possa ser beneficiada com este projeto de intervenção é fundamental que o processo de monitoramento e avaliação das operações seja feito pela ESF de maneira sistemática, com a participação ativa dos líderes da comunidade.

“

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério de Minas e Energia. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea estado de Alagoas** - diagnóstico do município de Olivença. Recife: Ministério de Minas e Energia, 2005. Disponível em: http://rigeo.cprm.gov.br/jspui/bitstream/doc/15297/1/rel_cadastr_olivenca.pdf acesso em: 20 de fev. 2018.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/alagoas/canapi.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas de Desenvolvimento Humano. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD, IJP, IPEA**, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 20 de fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf Acesso em 12 set. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. .município de Olivença / AL. Brasília, [online], 2017a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 20 out. 2017a.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB**. 2017b Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab> Acesso em: 20 ago. 2017.

FALKENBERG, M.B; THAIS, DE P. L. M.; DE MORAES, E.P.; DE SOUZA, E. M.. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva **Ciênc. saúde coletiva** 19 (03), 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013> Acesso em 12 set.,2018.

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

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 20 de maio. 2018.

FUCHS, F. D. **Prevenção Primária de Cardiopatia Isquêmica**: medidas não medicamentosas e medicamentosas. 2016. Brasília: OPAS/OMS – Representação Brasil, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=153. Acesso em: 20 out 2018.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Cien Saude Colet** 2007; 12(2):335-342. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/847-852/pt> Acesso em: 12 de set. 2018.

MAGEE, R. F. et al. Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão. **Rev Med Saude Brasilia**, 2012; 1(3):174-89, 2012. Disponível em: Acesso em: <file:///C:/Users/Suelene/ATEN%C3%87%C3%83O%202018/Tati%20vitoriosa/Livros%20bons/3591-13427-1-PB.pdf> Acesso em: 15 de jul. 2018.

MARCOLINO M. S. et al. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. **Arq Bras Cardiol**; 100 (4):307-14j, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013000400001&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 26 de jul 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de infarto do miocárdio**. – Curitiba: SESA, 2016. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaInfartoMiocardio_2017.pdf Acesso em 18 out. 2018.

PIEGAS L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. 105 (2):1-105, 2015. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf Acesso em: 10 de abr. 2018.

RIBEIRO A. L. P. et al. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. **Circulation**. 133(4):422-33. 2016; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26811272> Acesso em: Acesso em 15 de out. 2018.

SANTOS, J. dos et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.23, n.5, pp.1621-1634, 2018 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000501621&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 de ago. 2018

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (SOCERJ). **MAC - Manual de Atualização e Conduta**: Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

São Paulo: PlanMark, 2015. Disponível em: <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2015/11/manual-de-conduta.pdf> Acesso em 15 de out. 2018.