

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

João José de Sá Filho

RISCOS CARDIOVASCULARES: intervindo prevenir reduzir esses riscos nos usuários da Equipe de saúde ofertando melhor acolhimento aos usuários e em espaço acolhedor;

Juiz de Fora -Minas Gerais

2021

João José de Sá Filho

RISCOS CARDIOVASCULARES: intervindo prevenir e reduzir esses riscos nos usuários da Estratégia de Saúde da Família Pires da Luz, Ubá, 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: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Juiz de Fora -Minas Gerais

2021

João José de Sá Filho

RISCOS CARDIOVASCULARES: intervindo prevenir e reduzir esses riscos nos usuários da Estratégia de Saúde da Família Pires da Luz, Ubá, 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: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora- UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 28/02/2021.

RESUMO

As doenças cardiovasculares representam, na atualidade, um grande contingente de agravos que trazem malefícios à saúde da população e a alta incidência delas foi constatada pelo diagnóstico situacional feito na população adscrita à Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Pires da Luz do município de Ubá, Minas Gerais. Assim, o presente trabalho objetivou propor um plano de intervenção para reduzir, em pelo menos 10%, o risco de doença cardiovascular dos usuários da área de abrangência da equipe de saúde Pires da Luz para que se tenha uma população mais saudável e poder viver melhor. O plano de intervenção se baseou nos 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica na SciELO, com os descritores: hipertensão, risco cardiovascular e educação em saúde. Também embasaram este estudo os Cadernos do Ministério da Saúde. Espera-se que as ações propostas e implementadas gerem mudanças qualitativas nos hábitos das pessoas e elas tenham melhor qualidade de vida.

Palavras chave: Hipertensão. Risco cardiovascular. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Currently, cardiovascular diseases represent a large contingent of diseases that cause harm to the health of the population and the high incidence of them was confirmed by the situational diagnosis made in the population assigned to the Health Team of the Basic Health Unit Pires da Luz in the city of Ubá, Minas Gerais. Thus, the present study aimed to propose an intervention plan to reduce, at least 10%, the risk of cardiovascular disease of users in the area covered by the Pires da Luz health team, in order to have a healthier population and be able to live better. The intervention plan was based on the 10 steps of the Situational Strategic Planning and bibliographic research at SciELO, with the descriptors: hypertension, cardiovascular risk and health education. The Notebooks of the Ministry of Health also supported this study. It is expected that the proposed and implemented actions generate qualitative changes in people's habits and they have a better quality of life.

Keywords: Hypertension. Cardiovascular risk. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pires da Luz Unidade Básica de Saúde Pires da Luz, município de Ubá, estado de Minas Gerais, 2019	12
Quadro 2 - Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso	13
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Usuários com risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pires da Luz, do município de Ubá, estado de Minas Gerais	23
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Usuários com risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pires da Luz, do município de Ubá, estado de Minas Gerais	24
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Usuários com risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pires da Luz, do município de Ubá, estado de Minas Gerais	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Aspectos gerais do município	8

1.2 Aspectos da comunidade	9
1.3 O sistema municipal de saúde	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Pires da Luz	10
1.5 A Equipe de Saúde da Família Pires da Luz da Unidade Básica de Saúde Pires da Luz	10
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pires da Luz	10
1.7 O dia a dia da equipe Pires da Luz	11
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	11
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	16
5.2 Riscos cardiovasculares	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	21
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	22
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	22
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)	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do Município de Ubá

O município de Ubá localiza-se no estado de Minas Gerais e conta, atualmente, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com 116.797 habitantes e com densidade demográfica correspondendo a 249,16 hab/km² (IBGE, 2020).

“A palavra Ubá, em tupi-guarani, significa canoa de uma só peça escavada em tronco de árvore”. É também o nome popular de uma grama que tem folhas estreitas flexíveis e longilíneas formato de cano. Era usada “pelos índios na confecção de flechas de caça e combate, e encontradas em toda a extensão das margens do ribeirão que corta a cidade. O nome do Rio Ubá se deu justamente pela existência dessas gramíneas.” (UBÁ, 2015, s/p).

Ubá é um dos maiores municípios do país, devido à grande subdivisão de terras. Em 1988, contava com “4586 propriedades agrícolas, sendo a maior parte, em mãos de italianos ou descendentes”. Contudo, posteriormente, com este “parcelamento do solo, desaparece o latifúndio e, com ele, a monocultura do café, dando lugar à policultura do fumo, cereais, cebola, batata, pimentões, tomates, entre outros” Com isso, ocorreu diminuição no setor agrícola da economia e, na atualidade, “o setor secundário, principalmente a indústria moveleira, passou a ser a atividade econômica mais importante de Ubá” (UBÁ, 2015, s/p).

Nesse sentido, as fábricas de móveis absorvem grande parte da força de trabalho da cidade e de alguns municípios vizinhos. Aliás, o município centraliza uma microrregião de aproximadamente quinze cidades menores. Em função disto o município tem Diretoria Regional de Saúde do Estado, um batalhão da Polícia Militar e uma unidade do Serviço Social da Indústria (SESI) e do Serviço Nacional de Aprendizagem Indústria (SENAI).

O município tem sua população distribuída entre a sede e os distritos de Ubari, Diamante, Miragaia, cinco bairros de área rural e vários outros bairros na área

urbana. Um dos bairros rurais o Santa Rosa pertence à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo profissionalmente. .

A educação tem papel importante, pois congrega várias faculdades e várias outras escolas, incluindo a unidade do SESI/SENAI.

Quanto à Educação, Ubá tem uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade, em 2010 era correspondente a 97% e o índice de Desenvolvimento da Atenção Básica (IDEB) foi, em 2017, nos anos iniciais do ensino fundamental, na Rede pública, de 6,7 (IBGE, 2020).

E, em relação ao território e ambiente, Ubá tem 87,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 53% com urbanização adequada, ou seja, conta com bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2020).

Quanto ao lazer, Ubá tem quatro clubes recreativos, vários pesque e pague e bons restaurantes. Igrejas evangélicas são incontáveis, mas cristãs católicas são quatro.

1.2 Aspectos da comunidade

Minha comunidade fica em um bairro distante quatro quilômetros do centro. É um território/bairro bem planejado e distribuído, com casas construídas através de programa do Banco Nacional da Habitação (BNH) há 20 anos. Por esse motivo são construções bastante precárias e muitas já foram reformadas. As ruas do bairro são pavimentadas e há um bom esquema de coleta de águas pluviais. A água utilizada é fornecida pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Existe boa rede de esgoto sanitário e coleta de lixo.

A comunidade da área de abrangência da minha UBS é bastante carente em termos de renda e de instrução. Grande parte da população tem como renda a Bolsa Família. Existe bom serviço de transporte coletivo para a comunidade. Grande parte da população sofre de hipertensão, diabetes, obesidade e dependência de psicotrópicos.

1.3O sistema municipal de saúde

A oferta de serviços de saúde conta com vários pontos de UBS, uma policlínica regional, uma agência regional de saúde do estado, quatro hospitais (Hospital São Vicente de Paulo; Hospital Santa Isabel; Casa de Saúde São Januário e Casa de Saúde Padre Damião). Conta, ainda, com , uma unidade filantrópica de prevenção e tratamento do câncer e várias clínicas, mas o sistema é sempre direcionado para a medicalização da população.

Ubá tem, também, duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sendo que a maior tem capacidade para cento e vinte moradores.

1.4 A unidade básica de saúde Pires da Luz

A UBS tem a sede instalada em um prédio próprio muito bem construído e arejado. Tem boa área para recepção e uma grande sala para reuniões. Além destas acomodações existe sala de vacinação, sala de pré-consulta, de curativos, consultório médico, consultório dentário, sala de enfermeira, sala de esterilização, sala de observação, banheiros sanitários para usuários e para os funcionários, sala de almoxarifado e cozinha.

1.5 A equipe de saúde da UBS Pires da Luz

Minha equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, dois técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista e uma faxineira.

Temos reuniões de equipe duas vezes por mês, mas com pouca objetividade. A equipe tem uma boa troca de informações e de entendimento, sempre focada no acolhimento e resolução da demanda do usuário.

1.6 O funcionamento da UBS Pires da Luz

A UBS funciona regularmente de 07:00h às 16:00h. Temos um esquema de agendamentos para atendimento dos usuários que é gerenciado pela recepcionista. O volume de ocorrências de demanda espontânea é muito grande. Durante o

expediente regular da UBS, a sala de recepção está sempre cheia. Isto se explica pelo fato de termos usuários agendados, usuários de demanda espontânea e mães com crianças para vacinação. Temos uma manhã direcionada para o Hiperdia e uma tarde para o Pré-natal

1.7 O dia a dia da equipe

O dia a dia da equipe não varia muito, pois quase sempre as ocorrências são parecidas, exceto nos dias de Hiperdia e Pré-natal. Nos demais dias os Técnicos de Enfermagem executam a pré-consulta, aferição de pressão arterial (PA), aferição de glicemia capilar, curativos e vacinas. A Enfermeira supervisiona essas atividades e faz triagem dos pacientes. O meu dia a dia consta de atendimento de demanda por consultas para troca de receitas e/ou pedidos de exames.

Temos, também, uma reunião mensal com as gestantes, definida, organizada e patrocinada pela coordenação com espaço para médico, enfermeira, cirurgiã dentista, psicólogo e nutricionista.

No meu dia a dia mal posso conversar e me inteirar com os demais colegas de equipe, pois a carga de atendimentos e procedimentos burocráticos não permite. Atualmente, tento me adaptar dentro da equipe e do sistema, mas já estudando maneiras para melhorar o esquema geral de funcionamento da UBS.

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

Por meio do diagnóstico situacional realizado na área de abrangência de acordo com Faria, Campos e Santos (2018) foram detectados também os seguintes problemas mais incidentes: maus hábitos alimentares da comunidade, desemprego, usuários com sobrepeso e falta de opções de lazer, na comunidade.

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

A equipe de saúde, em reunião, discutiu e considerou, para o momento presente e devido aos riscos que os usuários hipertensos estão expostos, priorizar atender, com ações educativas, aqueles com riscos cardiovasculares

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pires da Luz Unidade Básica de Saúde Pires da Luz, município de Ubá, estado de Minas Gerais, 2019

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Usuários com risco cardiovascular	Alta	8	Parcial	1
Desemprego	Alta	6	Zero	5
Maus hábitos alimentares da comunidade	Alta	6	Parcial	2
Usuários com sobrepeso	Alta	5	Parcial	3
Falta de opções de lazer	Alta	5	Zero	4

Fonte: Diagnóstico situacional da eSF Pires da Luz, Ubá(2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Os registros e o diagnóstico situacional mostraram que na área de adscrição da equipe de Saúde Pires da Luz, aproximadamente 22% da população, acima de 20 anos de idade, são qualificados como hipertensos. Isso se constitui de um fator significativo para induzir o risco cardiovascular.

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016) recomenda ao profissional de saúde responsável pelo atendimento ao usuário, durante a consulta médica, que fique atento aos fatores de risco classificados conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso

• Sexo masculino
• Idade: Homens \geq 55 anos ou mulheres \geq 65 anos
História de DCV prematura em parentes de 1º grau: Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos
• Tabagismo
• Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dl e/ou LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres
• Triglicerídeos > 150 mg/dl
• Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl; Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas e Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
• Obesidade \circ IMC \geq 30 kg/m ² \circ CA \geq 102 cm nos homens ou \geq 88 cm nas mulheres.

Fonte: adaptado de Malachias *et al.* (2016, p.10).

Temos que considerar que o grande percentual de usuários com risco cardiovascular nos remete ao aumento de oferta de serviços tanto médicos como de enfermagem. Se conseguirmos alcançar o objetivo de reduzir os riscos de doenças cardiovasculares na nossa população adscrita poderemos oferecer mais serviços em outras áreas e programas.

Estas resoluções levaram em consideração todas as opiniões e discussões que foram colocadas para apreciação da equipe.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para reduzir, em pelo menos 10%, o risco de doença cardiovascular dos usuários da área de abrangência da equipe de saúde Pires da Luz para que se tenha uma população mais saudável e poder viver melhor.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do plano de intervenção foi aplicado, inicialmente, o método do Planejamento Estratégico Situacional(PES) / Estimativa rápida, para determinar os problemas mais prevalentes na área de abrangência e escolha do problema prioritário com seus respectivos nós críticos e as ações.(FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para o embasamento conceitual do plano de intervenção foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: hipertensão, risco cardiovascular e educação em saúde.

Complementaram a fundamentação teórica os Cadernos do Ministério da Saúde.

Para a redação do texto, as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública tanto no Brasil como no mundo e é caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial sistólica e diastólica (PA \geq 140 x 90mmHg). Além das alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, rins,encéfalo e vasos sanguíneos se associa, ainda, ao aumento do risco de eventos cardiovasculares que podem ser ou não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS *et al.*,2016, p.1), a hipertensão é definida como uma condição clínica multifatorial e que “mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal”.

Malachias *et al.* (2016) destacam como fatores de risco para hipertensão arterial: genética, idade, sexo, etnia, sobrepeso e obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo e, fatores socioeconômicos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) chama a atenção para os profissionais que trabalham na Atenção Básica avaliem os usuários de forma integral, uma vez que a HAS se associa a outras doenças.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2014, p.29)

Sousa *et al.* (2019) encontraram, em pesquisa realizada com idosos residentes na zona urbana da cidade de Goiás e que estavam em tratamento e controle da hipertensão arterial, que as taxas de controle pressórico encontradas eram baixas e significativamente mais baixa e na população masculina e que apenas 50,8% desses idosos hipertensos tinham mantinham o controle pressórico.

Gewehret *al.* (2018) asseguram que é um desafio para os profissionais que trabalham na atenção básica tratar pacientes com doenças crônicas e destacam a HAS que se caracteriza por condições multifatoriais, econômica e socioculturais. E que o tratamento requer participação individual e da equipe de saúde.

Em relação ao tratamento medicamento, Gewehret *al.* (2018, p.180) afirmam que o tratamento anti-hipertensivo se inicia, de praxe, com um ou dois medicamentos e, posteriormente, podem se associar outros medicamentos o que é fator de baixa adesão ao tratamento. Dessa forma, ao não seguir o tratamento proposto é não aderir à prescrição

[...] significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita (GEWEHREt *al.*2018, p.180)

Destacaram também que, a dificuldade na leitura da embalagem do fármaco é fator de abandono do tratamento.

O Ministério da Saúde, ao discorrer sobre tratamento não medicamentoso, alerta que ele é parte essencial no controle da hipertensão e de “outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida” (BRASIL, 2014, p.57).

Malachias *et al.* (2016) asseguram que o tratamento não medicamentoso diz respeito ao controle de peso, alimentação saudável, prática de atividades físicas, suspensão do tabagismo, controle de estresse, entre outros. Em relação à dieta saudável, os autores descrevem vários alimentos e seus benefícios bem como a importância da

atividade física regular. Ressaltam que o sucesso da aderência ao tratamento se liga à atuação feita por equipe multiprofissional e que estudos comprovam obter melhor controle da hipertensão e, portanto, maior adesão ao tratamento, por conta dessa equipe.

A partir da verificação da adesão ao tratamento da HAS e das barreiras envolvidas na adesão, é possível planejar ações que auxiliem a equipe de saúde a promover atividades direcionadas aos usuários não aderentes e que também reforcem as orientações aos aderentes. Nesse sentido, além do acompanhamento farmacoterapêutico, é necessária implementação de medidas que aumentem a adesão às medidas não farmacológicas (GEWEHR *et al.*, 2018, p.188)

5.2 Riscos cardiovasculares

Na atualidade, devido ao acelerado processo de urbanização diversas mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas têm ocorrido e intervêm tanto em hábitos individuais quanto coletivos das pessoas. Estas mudanças têm cooperado para o “aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), das comorbidades e da morbimortalidade”. Dentre essas doenças, destacam-se as Doenças Cardiovasculares (DCV), ocupando o ranque das “quatro DCNT de maior prevalência, no Brasil e no mundo”. (CÂMARA, 2018, p.20).

Ainda Câmara (2018, p.23) relata que todas as DCNT

[...] têm em comum quatro fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e uso abusivo de álcool, que podem ser preveníveis e/ou modificados. Há também os fatores de risco intermediários: Hipertensão Arterial (HA), dislipidemia (alterações no colesterol), sobrepeso, obesidade e intolerância à glicose.

Estudo de Silva *et al.* (2019) com o objetivo de analisar a tendência das taxas de internação por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde (CCSAP) encontraram que essas taxas de internação diminuíram. Em contrapartida, as taxas por hipertensão, angina e doenças cerebrovasculares mantiveram o mesmo patamar de internações. Também objetivando analisar as taxas de hospitalização por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária, em 237 municípios do

Estado de Goiás, Batista *et al.*(2012) identificaram que essas taxas de hospitalização diminuíram nesses municípios, independentemente da cobertura da Saúde da Família.

Magalhães e Moraes Neto (2017) realizaram pesquisa sobre as interações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e respectivas causas nas áreas intraurbanas do município de Goiânia-Goiás e detectaram haver

insuficiências de cobertura e efetividade da rede de atenção básica” [...] o que reivindica “mudança do modelo assistencial da atenção básica no município. Além disso, orienta os gestores a rever os processos de trabalho, a necessidade de políticas intersetoriais e a localização da rede de atenção primária no município(MAGALHÃES; MORAIS NETO, 2017, p. 59)

Vale destacar o que Mendes (2011, p. 430) questiona se APS está

[...] adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/aids, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, segundo as linhas-guia?

Faria e Saporetti (2020) recomendam, em relação ao enfrentamento das DCV, em nível individual, ofertar ações preventivas de eventos graves como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) o que requer acompanhamento das pessoas de forma efetiva pelos profissionais de saúde desde a atenção básica.

Esse direcionamento é corroborado por Câmara (2018) ao afirmar que o Infarto e o AVC são evitáveis com ações de promoção da saúde e educação sobre os fatores de risco modificáveis como alimentação saudável, exercícios físicos, controle do peso e da hipertensão arterial, dentre outros com acompanhamento regular e periódico nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde(BRASIL, 2014)endossatodas as ações de prevenção e educação em saúde relatada anteriormente. Ressalta a importância de intervenções protetoras destacadas por Câmara (2018). Inclui, também, o controle do diabetes por

meio da glicemia e uso profilático de alguns medicamentos. E recomenda a necessidade de se programar acompanhamento, na unidade básica de saúde, havendo necessidade de, em alguns casos, encaminhar o paciente para consulta com especialistas e constituindo uma rede de referência e contrarreferência.

Conforme explicita Mendes (2011) a Atenção Primária à Saúde tem como características como porta de entrada ao sistema de saúde, cuidado longitudinal e integral, atendimento familiar e atenção aos problemas mais comuns da comunidade adscrita o que permite afirmar ter papel preponderante nas ações de prevenção e controle das doenças cardiovasculares

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção, com base no Planejamento Estratégico Situacional apresenta ações de fácil execução e que poderão auxiliar na conscientização de mudanças de hábitos inadequados dos usuários atendidos pela ESF Pires da Luz no sentido de reduzir a ocorrência de hipertensão arterial e riscos cardiovasculares.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O diagnóstico situacional apontou, na comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde Pires da Luz grande incidência de pessoas hipertensas que não possuem hábitos saudáveis relativos à alimentação e são sedentárias e, em consequência, são obesas, fatores estes que podem e levam ao risco cardiovascular.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

É um grande problema a ocorrência de sedentarismo, obesidade e hipertensão arterial. Este grande problema fatalmente poderá levar à cardiopatia com evidente redução dos níveis de qualidade de vida das pessoas.

E como profissional atuante na Atenção Básica, cumpra-me o papel recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.21)

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos identificados foram:

- Hábitos de vida inadequados;
- Infraestrutura deficiente;
- Pouco conhecimento da população a respeito dos riscos e consequências da HAS.

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)

Quadro 3- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Usuários com risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pires da Luz, do município de Ubá, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados
6º passo: operação	Modificar hábitos de vida nocivos à pessoa hipertensa por meio de ações educativas
6º passo: projeto	<i>Vida saudável</i>
6º passo: resultados esperados	Pessoas se alimentando melhor e conhecendo o valor nutritivo dos alimentos e balanceando as alimentações. Pessoas participando de atividades físicas, com regularidade. Reduzir em 50% o número de sedentários e obesos em um ano
6º passo: produtos esperados	Grupos operativos em funcionamento Campanha caminhada orientada
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação adequada sobre o tema Financeiro: recursos para panfletos e cartazes Político: adesão do gestor, mobilização social e articulação com a equipe de saúde
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: para obtenção de recursos Financeiro: obtenção de recursos
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Coordenação da UBS Apresentar a intenção de se propor grupos operativos à Coordenação e equipe de saúde da UBS
9º passo: acompanhamento do plano-responsáveis e prazos	Um ano Médico e enfermeiro
10º passo: gestão do	Decidir em conjunto com eSF quem será o mediador dos

plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>grupos terapêuticos em cada reunião. Quatro meses para início das atividades</p> <p>Avaliar, depois de três meses, se houve melhora na qualidade de vida dos pacientes e se seguem corretamente as orientações.</p>
---	--

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Usuários com risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pires da Luz, do município de Ubá, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Infraestrutura deficiente
6º passo: operação	<p>Melhorar a estrutura de serviços e trabalho;</p> <p>Melhor cuidado da comunidade pela equipe; oferta de melhores condições de atendimento;</p> <p>Fazer acolhimento mais humanizado para atendimento dos portadores de risco cardiovascular</p>
6º passo: projeto	Humanizar é preciso
6º passo: resultados esperados	<p>Equipe de saúde ofertando melhor acolhimento aos usuários e em espaço acolhedor;</p> <p>Pedido e acompanhamento de mais consultas e exames</p>
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: criação de um projeto de adequação da infraestrutura para acolhimento dos usuários;</p> <p>Financeiro: decisão de aumentar os recursos para estruturação do serviço;</p> <p>Político: Adesão do gestor da saúde do município</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Político: Adesão do gestor da saúde do município</p> <p>Equipe de saúde (favorável)</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Coordenador da atenção primária a saúde, eSF</p> <p>Discutir com equipe e Coordenador da UBS a necessidade de espaço mais adequado para acolhimento dos usuários</p>
9º passo; acompanhamento do plano-responsáveis e prazos	<p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Um ano</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Verificar, após três meses, se há satisfação dos usuários e de toda equipe quanto ao processo de trabalho e adequada da infraestrutura.</p>

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Usuários com risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pires da Luz, do município de Ubá, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Pouco conhecimento da população a respeito dos riscos e consequências da HAS.
6º passo: operação	Aumentar o nível de informação da população sobre HAS, riscos e consequências quando não seguidas orientações medicamentosas e tratamentos não medicamentoso.
6º passo: projeto	<i>Sou bem informado</i>
6º passo: projeto e resultados esperados	População mais bem informada sobre HAS e os riscos cardiovasculares.
6º passo: produtos esperados	Grupos operativos com a população: Reuniões educativas quinzenais com a equipe, capacitação dos agentes comunitários de saúde para educação nas visitas domiciliares e acompanhamento dos usuários hipertensos.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento adequado sobre o tema Organizacional: organização da agenda
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conhecimento adequado sobre o tema e participação efetiva dos usuários e da equipe de saúde Organizacional: organização da agenda
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médico e enfermeiro Sensibilização da equipe de saúde e dos usuários hipertensos quanto à importância de participação nos grupos operativos
9º passo; acompanhamento do plano-responsáveis e prazos	Três meses Médico e enfermeiro
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	De dois em dois meses fazer um grupo educativo para que todos repensem nas informações que foram dialogadas no grupo operativo e discutir as que ainda trazem dúvidas para

	os usuários. Os ACS deverão verificar nas visitas domiciliares as dúvidas que persistem e sanar aquelas que têm segurança e trazer para o médico e enfermeiro as que não se sente apto para responder.
--	---

Fonte: Autoria própria (2020)

7CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada e estudada aponta a importância de se manter atualizado com as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e quando instaladas, tratamento.

As leituras de diversos artigos e dos cadernos do Ministério da Saúde foram fundamentais para maior embasamento profissional no atendimento prestado aos usuários da área adscrita onde atuo profissionalmente.

Espera-se que com as implantações das atividades deste projeto consigamos ampliar os conhecimentos dos usuários a respeito dos problemas cardiovasculares, de como preveni-los e a importância de se ter alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, o controle da hipertensão e do diabetes, honrando a qualidade de vida desses usuários.

Para tanto, pretendemos, também, melhorar nossas ações, realizando sempre uma boa acolhida, humanizar ao máximo nosso relacionamento com os usuários e estar sempre cientes de que somos uma Equipe de Atenção Primária à Saúde.

