

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

JULIANNA SILVA LOPES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE FATORES DE
RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
ESMERALDAS, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2020

JULIANNA SILVA LOPES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
ESMERALDAS, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 26 dias do mês de Setembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **JULIANNA SILVA LOPES** intitulado PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ESMERALDAS, MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr. EDISON JOSÉ CORRÊA e Profa. Dra. NAYARA RAGI BALDONI. O TCC foi aprovado com a nota 75.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e seis do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 09 de setembro de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 10/09/2021, às 10:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0953215** e o código CRC **A66705A1**.

JULIANNA SILVA LOPES

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ESMERALDAS, MINAS GERAIS

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

Orientador: Professor (a)

Banca examinadora

Professor Edison José Corrêa. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Professora Nayara Ragi Baldoni. Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de julho de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus colegas na Estratégia Saúde da Família que enfrentam comigo os desafios de uma boa prática em saúde no âmbito da Atenção Primária, a Equipe Ângela Francisca: Lorrane, Maria de Jesus (Lia), Geovane, Guilhermina, Luciana, Kelvim e Maricélia. Sem a importante colaboração da equipe, esse trabalho não seria possível. Gratidão a todos.

RESUMO

Existem muitas deficiências e desafios a serem encarados na realidade do sistema de saúde do município de Esmeraldas, Minas Gerais, assim como na comunidade do “Morro” assistida pela Equipe de Saúde da Família (eSF) Ângela Francisca. Para facilitar o desenvolvimento de ações em saúde faz-se necessário o conhecimento da situação de saúde da população, a identificação dos problemas em saúde, a sua priorização e a elaboração de plano de intervenção para tornar tais ações possíveis. A população do município se caracteriza por cerca 18% de hipertensos e 6% de diabéticos, que somados, representam aproximadamente um quarto da população local. Entre esses pacientes, a presença de fatores de risco cardiovascular e o número de pacientes com desfechos desfavoráveis parece alto. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Para avaliação do risco cardiovascular, deverão ser coletados dados através da “Ficha Saúde em Dia” e entre esses dados, fatores de risco cardiovascular como idade, sexo, colesterol total, colesterol lipoproteico de alta densidade lipoproteína de alta densidade, hábitos de fumar e pressão arterial. Esses dados deverão ser utilizados para estimativa do risco cardiovascular em dez anos através do Escore de Risco de Framingham. Além disso, foram selecionados os “nós críticos” associados à alta prevalência de fatores de risco cardiovascular e proposto o desenho das operações e o plano de intervenção para possível redução do risco cardiovascular entre esses usuários. Isto permitirá propor ações para melhor entendimento pela equipe de seu papel fundamental no processo de educação permanente, educação em saúde da comunidade e uma melhor prática; ações para maior adesão aos tratamentos não-medicamentosos e medicamentosos entre os usuários com alto risco cardiovascular; melhoria dos processos de trabalho, para a equipe de Saúde da Família, direcionados a melhor atenção à saúde dos usuários com alto risco cardiovascular e propor ações como a implementação de grupos operativos e realização de consultas programadas para cuidado continuado de pacientes hipertensos e diabéticos a fim de reduzir risco cardiovascular

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão.

Diabetes mellitus. Fatores de risco.

ABSTRACT

There are many deficiencies and challenges to be faced in the reality of the health system in the municipality of Esmeraldas, Minas Gerais, as well as in the city community assisted by the Family Health Team Ângela Francisca. To facilitate the development of health actions, it is necessary to know the population's health situation, identify health problems, prioritize them and develop an intervention plan to make such actions possible. The city population is characterized by about 18% of hypertensive patients and 6% of diabetic patients, which together, represent approximately one quarter of the local population. Among these patients, the presence of cardiovascular risk factors and the number of patients with unfavorable outcomes seems high. Cardiovascular diseases are the leading cause of death in the world. To assess cardiovascular risk, data should be collected through the "Health in Day Form" and cardiovascular risk factors among these data: age, sex, total cholesterol, HDL, smoking habits and blood pressure. These data was used to estimate ten years cardiovascular risk using the Framingham Risk Score. In addition, "critical nodes", associated with the high prevalence of cardiovascular risk factors, were selected and the design of operations and the intervention plan for a possible reduction of cardiovascular risk among these users was proposed. This will make it possible to propose actions for the team to better understand its fundamental role in the process of continuing education, community health education and best practice; actions for greater adherence to non-medicated and medicated treatments among users with high cardiovascular risk. To propose better processes for the family health team, aimed at better health care for users with high cardiovascular risk. In addition, to propose actions such as the implementation of operative groups and holding scheduled consultations for the continued care of hypertensive and diabetic patients in order to reduce cardiovascular risk.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Diabetes mellitus. Risk factors

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CT	Colesterol total
CV	Cardiovascular
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doença cardiovascular
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DM2	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>) tipo 2
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ERF	Escore de Risco de <i>Framingham</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FRS	<i>Framingham Risk Score</i>
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HDL	Colesterol Lipoproteico de Alta Densidade (<i>High Density Lipoprotein</i>)
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
MEV	Mudanças no Estilo de Vida
MS	Ministério da Saúde

NASF-AB	Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCV	Risco Cardiovascular
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição da população do território do Morro, em Esmeraldas, Minas Gerais, em 2018	15
Quadro 2 – Condições de Saúde da população adscrita à Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, em Esmeraldas, Minas Gerais, em 2018	16
Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do “morro” adscrita à Equipe de saúde Ângela Francisca, da unidade de saúde Ângela Francisca, município de Esmeraldas, estado de Minas Gerais, em 2019	21
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais	35
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais	36
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais	38
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alto risco cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município de Esmeraldas	11
1.2 O sistema municipal de saúde do município de Esmeraldas	12
1.3 Aspectos da comunidade do Morro	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Ângela Francisca	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, da Unidade Básica de Saúde Ângela Francisca	18
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Ângela Francisca	19
1.7 O dia a dia da equipe Ângela Francisca	19
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade do Morro	20
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para elaboração do plano de intervenção	21
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
5.1 Atenção Básica	27
5.2 Estratégia Saúde da Família	27
5.3 Fatores de risco cardiovascular e metabólico (diabetes)	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado	31
6.2 Explicação do problema selecionado	31
6.3 Seleção dos nós críticos	32
6.4 Desenho das operações	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A – FICHA SAÚDE EM DIA	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Esmeraldas

Esmeraldas é uma cidade com 70.552 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), localizada na região sudeste e distante 57,2km da capital do estado, Belo Horizonte, compondo a microrregião central, região metropolitana de Belo Horizonte. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

A cidade tem uma baixa densidade demográfica, cerca de 66,20 hab./km², devido ao grande território geográfico do município, que tem 911,4 km², composto de diversos distritos, por vezes muito distantes da sede (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

O município conta com várias mineradoras e a extração da areia é a maior fonte de receita do município, com uma produção diária estimada em 2.700 toneladas para o segmento da construção civil da grande Belo Horizonte. Argila e cascalho são também minerais produzidos, embora em menor escala. Outras atividades econômicas são as indústrias de cerâmica, telas metálicas, confecções, empacotamento de leite, panificação, doces, laticínios, abatedouro avícola e bordados.

No setor primário, a produção de ovos de galinha no município é de 1.991 mil dúzias anuais. Grande parte da produção leiteira é beneficiada no próprio município. Estima-se uma produção diária de 44.050 litros, produção comercializada para a usina da Itambé e cooperativas de Sete Lagoas e Betim. Outra atividade importante no município é a criação de cavalos de raça.

A atividade político-partidária no passado já foi polarizada, porém nos últimos 20 anos vem se diversificando (NOSSA ESMERALDAS, 2012).

Na cultura existem tradições importantes como o artesanato, que também gera renda, com destaque para os bordados que são passados de geração em geração. A festa da padroeira do município, Santa Quitéria (NOSSA ESMERALDAS, 2012).

1.2 O sistema municipal de saúde do município de Esmeraldas

Está organizado da seguinte forma: na área de saúde, a cidade conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS), cerca de 35 espalhadas no vasto município. Dessas, 15 com Estratégia Saúde da Família (baixa cobertura pelo programa), sendo apenas quatro na sede do município e as demais em distritos e na zona rural. Há ainda o Hospital Municipal 25 de Maio que é limitado e atende casos de baixa e média complexidade, um laboratório conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) para exames laboratoriais de baixo custo. Nos casos de alta complexidade, exames de imagem e alguns atendimentos especializados, é necessária referência aos municípios vizinhos pactuados, como Betim, Contagem e Belo Horizonte.

Devido às grandes distâncias que muitos moradores encontram da sede do município, são necessários grandes deslocamentos para ter acesso à única farmácia básica de distribuição de medicamentos e ao único hospital do município, o Hospital 25 de Maio, o que leva muitos moradores de localidades distantes da sede a procurarem atendimento em cidades vizinhas limítrofes, como Contagem, Betim e Ribeirão das Neves.

São pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico:

- Atenção Primária à Saúde: 35 unidades básicas de saúde, 15 com Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Atenção secundária à saúde: Centro de especialidades que funciona no anexo do Hospital Municipal; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Hospital Municipal 25 de Maio.
- Atenção terciária à saúde: não disponível no município; há pactuação com cidades vizinhas, como Betim, Contagem e Belo Horizonte.
- Sistemas de Apoio de Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde: laboratório conveniado à prefeitura; centro de especialidades no anexo do hospital onde são realizadas radiografias e alguns tipos de ultrassonografia; farmácia básica, única do município, localizada no centro da cidade.
- Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS

- Consorcio intermunicipal de saúde com compartilhamento de serviço de transporte de pacientes para pontos pactuados da atenção em outras cidades e para o próprio município, para pacientes localizados distante da sede, não há serviço de transporte específico, ficando a cargo do sistema público de transporte, que é deficiente.
- Prontuário não eletrônico, físico, de papel, e fica armazenado nas UBS.
- Grande deficiência de comunicação entre os pontos da atenção com contrarreferências, não realizadas na maioria das vezes. Há grande dificuldade de identificação dos pacientes do SUS, já que na maioria das vezes o cadastro não está atualizado por falta de agentes comunitários, muitas áreas descobertas.

Para a organização dos pontos de atenção à saúde não se consegue, na Atenção Primária à saúde (APS) manter a coordenação do cuidado, já que na maioria das vezes não há contrarreferência da maioria dos pontos da atenção secundária ou terciária. Quem acaba fornecendo a contrarreferência é o próprio usuário, que nem sempre é capaz de fornecer todas as informações.

São principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde:

- Não há garantia da integralidade, não é possível a coordenação do cuidado pela APS, já que não há uma rede de atenção à saúde (RAS) formada em todos os níveis de atenção.
- Não há garantia de universalidade, já que muitas áreas do município são descobertas e de difícil acesso ao sistema de saúde do município.
- Não há cobertura suficiente pela ESF, o que dificulta ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.
- Há insuficiência na oferta de serviços especializados, exames de alta complexidade e até da garantia de medicamentos básicos e insumos básicos pelo município.
- Há uma única equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no município.
- Não há apoio matricial para outras áreas, senão da saúde mental.

- Não há disponibilidade de outras farmácias básicas no município que é tão vasto, com necessidade de grandes deslocamentos pelos pacientes que moram em áreas distantes e, ainda assim, não há garantia de que haverá medicamentos disponíveis.
- O único hospital municipal não tem estrutura suficiente para atender toda a população, mantendo-se superlotado a maior parte do tempo e com insumos insuficientes (recentemente o único equipamento de eletrocardiografia apresentou defeito e levou mais de um mês para ser substituído, por exemplo).

1.3 Aspectos da comunidade do Morro

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a Comunidade do “Morro”, que pertence ao bairro “Centro”, tem cerca de 4.000 pessoas. Em sua maior parte, nascidos em Esmeraldas. A maioria da população economicamente ativa, que representa aproximadamente 25% da comunidade, tem como principal ocupação o trabalho em órgãos da prefeitura, lojas do centro, escolas e trabalho doméstico. É grande o número de desempregados e aposentados. Boa parte da população é de idosos.

Há rede de esgotamento sanitário em toda comunidade, água encanada e coleta diária do lixo. Muitas famílias tradicionais da cidade moram na comunidade. Há também uma parte da comunidade com moradias mais precárias. Boa parte da população é alfabetizada, e o analfabetismo é mais comum entre os maiores de 50 anos que não vivem na cidade e sim nas zonas rurais nos arredores.

A comunidade conta com um Centro Comunitário onde ocorrem reuniões da Associação de Moradores, grupo de ginástica e oficinas de artesanato. Há também o “clube comunitário da terceira idade” onde ocorrem o tradicional forró das terças-feiras e o bingo da terceira idade. Há três escolas próximas à comunidade que se localizam no centro.

Há o mirante do Cristo onde fica localizada também a igreja católica, no ponto mais alto da cidade, o “Morro”. A população conserva costumes familiares, comemora festas da padroeira, festa junina e há uma rivalidade entre os dois times de futebol da cidade, o “Vasco” e o “Campolina”. O campo de futebol do time do “Vasco” fica localizado bem próximo à UBS e lá são realizados trabalhos voluntários e de

organizações não comunitárias com meninos da comunidade, que se dedicam à escolinha de futebol.

Há também um grande costume de procurar “benzedeiras”, “rezadeiras” para cura de doenças. Candomblé e a umbanda também são presentes na comunidade, com um terreiro próximo.

Em relação aos aspectos demográficos, o Quadro 1 mostra a população adscrita à Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, no território do "Morro", em Esmeraldas, Minas Gerais

Quadro 1 – Distribuição da população por faixa etária do território do Morro, em Esmeraldas, Minas Gerais, em 2018

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	11	12	23
1-4	55	34	89
5-14	99	85	184
15-19	68	74	142
20-29	177	155	332
30-39	140	143	283
40-49	139	162	301
50-59	135	165	300
60-69	110	124	234
70-79	61	78	139
≥ 80	26	55	81
TOTAL	1021	1087	2018

Fonte: Fichas do SISAB (BRASIL, 2018b).

Em relação aos aspectos epidemiológicos é possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da eSF Ângela Francisca por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro (Quadro 2).

Quadro 2 – Condições de Saúde da população adscrita à Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, em Esmeraldas, Minas Gerais, em 2018

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	7
Hipertensos	386
Diabéticos	127
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	45
Pessoas que tiveram AVC	7
Pessoas que tiveram infarto	15
Pessoas com doença cardíaca	21
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	4
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	3
Pessoas com câncer	7
Pessoas com sofrimento mental	46
Acamados	10
Fumantes	81
Pessoas que fazem uso de álcool	18
Usuários de drogas	5

Fonte: Fichas do SISAB (BRASIL, 2018b)

1.4 A Unidade Básica de Saúde Ângela Francisca

A Unidade Básica de Saúde da Equipe Ângela Francisca, mais conhecida pelos usuários como “PSF do Morro”, foi inaugurada há cerca de três anos e está situada na rua principal de acesso ao “Morro”, região que faz parte do bairro “centro”, com localização favorável à maioria dos moradores da região. Antes funcionava em um espaço na Associação de Moradores, que era compartilhado. Trata-se atualmente de uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é pequena, antiga, mas sofreu reforma para ser inaugurada e receber a equipe. Sua área é

inadequada considerando a demanda e a população atendida (aproximadamente 2100 pessoas), já que o espaço é bastante limitado.

Há apenas dois consultórios (quartos adaptados), também pequenos, nenhum deles com banheiro, o que torna inadequado o uso do espaço para coleta de material para prevenção do câncer de colo uterino, que mesmo assim é realizada. Há uma sala de procedimentos (não há sala de vacina). A pequena área da recepção, onde se acomodam aproximadamente doze pessoas sentadas que, devido ao grande número de pessoas que procuram a unidade para atendimento em demanda espontânea, principalmente pela manhã, na maioria das vezes aguardam em pé para serem atendidas, o que gera grande insatisfação e é recorrente motivo de reclamação dos usuários. Nesse mesmo espaço, sem qualquer separação, está colocada uma pequena mesa para o recepcionista e logo ao lado estão dispostos os arquivos para armazenamento dos prontuários.

Há um banheiro para os usuários, um banheiro para a equipe e uma copa-cozinha, que acaba sendo adaptada como “sala de reuniões”, já que não se conta com uma específica, porém seu uso não é exclusivo para isso. Há uma garagem pequena onde são realizados os grupos, porém já está sendo realizada pactuação da equipe com alguns dispositivos disponíveis na comunidade, como a Associação de Moradores, um pouco distante da UBS, e com o campo de futebol, onde há uma quadra, com espaço maior, bem próximo à unidade.

A unidade apresenta grandes limitações principalmente em insumos clínicos e cirúrgicos

- Há glicosímetro, porém muitas vezes faltam lancetas e fitas para glicosímetro e é necessário contar com a doação de alguns usuários para manter tal serviço. Há esfigmomanômetro, porém o único fornecido pela prefeitura apresentou defeito e aguarda, há aproximadamente um mês, o conserto. Por esse motivo estão sendo utilizados os equipamentos de aquisição pessoal da médica e da enfermeira. Não há oxímetro de pulso e utiliza-se também um de aquisição pessoal da médica. Há nebulizador, porém por vezes não dispomos de bala de O² para atendimentos de urgência.
- O instrumental cirúrgico é limitado para curativos, porém não são realizadas pequenas cirurgias, devido ser a sala de procedimentos considerada um

ambiente contaminado. Por vezes, alguns medicamentos necessários para realizar o primeiro atendimento dos casos de urgência ficam em falta. Muitas vezes eles também estão em falta na farmácia básica do município.

- Apesar da dificuldade, a população se mostra satisfeita, na maioria das vezes, com os serviços ofertados, pelo fato de a unidade estar mais próxima da comunidade, agora, e compreende as dificuldades enfrentadas.

Quanto aos principais problemas estruturais relacionados à Unidade Básica de Saúde (estrutura, funcionamento, equipamentos, materiais, etc.):

- Estrutura deficiente, não adaptada para garantir a acessibilidade, o que dificulta deslocamento de cadeirantes na unidade
- Espaço bastante reduzido para atender as necessidades da população com conforto e humanização, sem espaço específico para a recepção
- Não há sala de vacina
- Não há sala de reuniões
- Não há consultório ginecológico com banheiro
- Não há recentemente, esfigmomanômetro, fitas para glicosímetro, lancetas e alguns medicamentos para atendimento de urgência;

1.5 A Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, da Unidade Básica de Saúde Ângela Francisca

A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). O planejamento das ações a serem ofertadas pela equipe é realizado através das reuniões de equipe que acontecem quase quinzenalmente, onde são colocados os pontos a serem melhorados, analisadas as ações realizadas e seus resultados, ajuste e planejamento de novas ações e também, diariamente, quando novas demandas são trazidas à equipe levando a adaptação para atender as necessidades imediatas.

Quanto aos principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da equipe, devido ao grande número de pacientes atendidos em demanda espontânea, há dificuldades de possibilitar a participação de toda a equipe nas

reuniões, ou mesmo realizá-las, para melhoria das ações e planejamento. Muitas vezes, não é possível garantir a realização quinzenal das reuniões. Falta ainda amadurecimento por parte dos agentes comunitários de saúde para serem mais proativos e terem mais iniciativa para identificar e comunicar os fatores influenciadores no processo saúde-doença da comunidade. Foi iniciado, recentemente, pela enfermeira e pela médica um processo de capacitação para os ACS, que ao assumirem o cargo há alguns anos, não receberam tais capacitações.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Ângela Francisca

A Unidade de Saúde funciona das 08h:00min às 17h:00min. Quanto a equipe, é composta por um recepcionista, porém com horário de trabalho reduzido, fazendo-se necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, no acolhimento à demanda espontânea, organização do arquivo, agendamento de consultas e exames, sempre que a enfermeira, ou a médica, ou a técnica estão presentes na unidade. Há uma demanda repetitivamente solicitada à Secretaria Municipal de Saúde da contratação ou disponibilização de um auxiliar ou técnico de enfermagem para ajudar a suprir a necessidade de utilizar do trabalho do Agente comunitário para tais funções, porém ainda não foi atendida.

Há uma demanda da população para disponibilização de mais vagas de atendimento, porém a equipe já trabalha extrapolando o limite do seu trabalho diariamente.

1.7 O dia a dia da Equipe Ângela Francisca

O dia começa com o acolhimento à demanda espontânea que é realizado por toda a equipe. Após a realização da classificação de riscos e vulnerabilidade dos pacientes, busca-se o atendimento imediato, com programação de consulta no dia ou agendamento, quando necessário. Na maior parte do tempo recebe-se grande volume de pacientes em demanda espontânea e isso, por vezes, leva ao prejuízo das ações programadas.

Porém, existe programação na agenda da equipe para alguns programas, como puericultura, prevenção ao câncer de mama e do colo uterino e atenção a hipertensos e diabéticos. São realizadas atividades de educação em saúde, pelo menos uma vez

por semana, com o grupo operativo "Saúde em dia". Para esse grupo, que funciona pela manhã às quartas-feiras, foca-se em trocas de experiências, estímulo ao autocuidado, redução dos fatores de risco cardiovascular, melhoria da adesão terapêutica, medicamentosa e da dieta, com resultados já aparentes.

Nas salas de espera são realizadas ações de educação em saúde como palestras e discussão de diversos temas relevantes para prevenção de agravos e promoção de saúde. Uma vez a cada quinze dias, ou com maior brevidade, há reunião de equipe o para planejamento das ações, formulação projetos terapêuticos singulares e planejamento de ações de saúde.

As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, sempre de acordo com a avaliação do risco de vulnerabilidade dos pacientes com baixa mobilidade ou restrições, ou com quadros agudos, sempre que possível, com planejamento em fichário rotativo.

Foi iniciado recentemente também o grupo de caminhada, por iniciativa dos agentes comunitários de saúde, "Caminha com Agente", que funciona às segundas e às sextas-feiras, pela manhã. Às terças e quintas-feiras, com apoio de um Profissional de Educação Física da Prefeitura, funciona no Centro Comunitário o "Grupo de ginástica".

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade do "Morro".

Excluídos processos estruturais relacionados à UBS, são mais frequentes os seguintes problemas:

- Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular
- Estrutura funcional inadequada da Unidade de Saúde
- Baixa adesão medicamentosa, à dieta e às atividades físicas
- Controle inadequado da hipertensão e do diabetes
- Alta prevalência de transtornos depressivos/ansiosos
- Uso inadequado de benzodiazepínicos
- Recorrente falta de insumos clínicos e cirúrgicos

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

Foram definidos os principais problemas que a comunidade do “Morro” adscrita à eSF Ângela Francisca enfrenta em sua realidade e então classificados de acordo com o grau de importância e urgência do problema e com a capacidade de enfrentamento que a eSF Ângela Francisca tem para sua resolutividade, classificando-os, assim, por ordem de prioridade, em reunião com a equipe. Foram distribuídos um total de 30 pontos para classificação de cada problema (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do “morro” adscrita à Equipe de saúde Ângela Francisca, da unidade de saúde Ângela Francisca, município de Esmeraldas, estado de Minas Gerais, em 2019

Problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular	Alta	10	Parcial	1
Estrutura funcional inadequada da Unidade de Saúde	Média	2	Fora	7
Baixa adesão medicamentosa, à dieta e às atividades físicas	Alta	5	Parcial	3
Controle inadequado da hipertensão e do diabetes	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de transtornos depressivos/ansiosos	Alta	3	Parcial	4
Uso inadequado de benzodiazepínicos	Alta	3	Parcial	5
Recorrente falta de insumos clínicos e cirúrgicos	Alta	2	Fora	6

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenado considerando os três itens

Fonte: dados da autora. Baseado em Faria, Campos e Santos (2018).

O problema mais recorrente, mais representativo e com piores desfechos até o momento identificado, foi a alta prevalência de fatores de risco cardiovascular, que envolve vários subproblemas, como sobrepeso e obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo, com capacidade de enfrentamento da equipe parcial, já que a participação popular neste caso é fundamental.

Outro grupo de problemas importante é o dos transtornos ansiosos e depressivos que envolvem boa parte da população atendida diariamente pela equipe. Não dispomos de um banco de dados com informações suficientes para mensurar tal realidade, porém notamos que é muito recorrente e merece atenção.

Além disso, grande parte dos pacientes que sofrem por tais problemas apresentam um outro problema secundário, porém não menos importante, que é o uso nocivo de benzodiazepínicos, sem orientação correta sobre riscos e comorbidades relacionadas, levando a um sério problema de adição e grandes dificuldades para desmame sem causar sérios efeitos colaterais relacionados.

Além disso, enfrentamos problemas estruturais importantes, que levam a frequentes reclamações por parte da comunidade devido ao espaço limitado da unidade, levando ao comprometimento da humanização do atendimento; problema, porém, que foge da capacidade de resolução da equipe. Além disso, recorrentemente, há falta de insumos básicos como fitas para glicosímetro, lancetas, aparelhos defeituosos sem reposição (como o esfigmomanômetro), apesar de constante reivindicação da equipe e da solicitação no mapa de almoxarifado mensal. Problema este que também foge da capacidade de enfrentamento da equipe.

Sendo assim, devido à grande representatividade que a alta presença de fatores de risco cardiovascular se insere em nossa comunidade, uma realidade já muito comprometida, com número significativo de pacientes que evoluíram com complicações e outro grande número que corre alto risco de sofrer tais complicações, caso não sejam realizadas intervenções, elegemos tal problema como prioritário. Temos o exemplo de um paciente que após dois anos sem acompanhamento médico, apenas renovando receitas, compareceu para consulta e em avaliação do risco cardiovascular (RCV) apresentava-se com 93% de risco de desenvolver eventos cardiovasculares nos próximos 10 anos, estimado através do Escore de Risco de *Framingham* e além dele tantos outros que estão com risco acima de 40%.

2 JUSTIFICATIVA

Na realidade local da população adscrita à Unidade de Saúde da Família Ângela Francisca, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge 18% dos usuários e o diabetes melito (DM) chega a 6%, que somados, representam aproximadamente um quarto da população local (BRASIL, 2018).

Tais doenças associadas aos demais fatores comportamentais e de risco, elevam a prevalência de usuários com alto risco cardiovascular e de desfechos desfavoráveis associados. Sendo assim, fazem-se necessários o estudo da prevalência do alto risco cardiovascular, a identificação dos fatores de risco associados e a elaboração de um plano de intervenção para possível redução do risco cardiovascular entre esses usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar projeto de intervenção para redução de fatores de risco cardiovascular entre usuários adscritos à Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, no município de Esmeraldas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Propor ações para melhor entendimento pela equipe de seu papel fundamental no processo de educação permanente, educação em saúde da comunidade e uma melhor prática;
2. Propor ações para maior adesão aos tratamentos não-medicamentosos e medicamentosos entre os usuários com alto risco cardiovascular;
3. Propor melhores processos, para a equipe de saúde da família, direcionados a melhor atenção à saúde dos usuários com alto risco cardiovascular;
4. Propor ações como a implementação de grupos operativos e realização de consultas programadas para cuidado continuado de pacientes hipertensos e diabéticos a fim de reduzir o risco cardiovascular.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho, realizou-se revisão bibliográfica nas bases Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), *MEDLINE* e *PubMed*, além de dados levantados em órgãos governamentais como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Para a definição de os problemas comuns de saúde, o problema prioritário “Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular”, seus nós críticos e as ações propostas foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), partindo-se do diagnóstico situacional, pela estimativa rápida. Para essa estimativa aplicou-se observação da rotina de atendimentos da UBS, grupos de risco, frequência dos problemas de saúde e maior vulnerabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram utilizados dados extraídos das fichas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), do ano de 2018.

Para coleta de dados deverá ser implantado instrumento desenvolvido pela eSF Ângela Francisca, a “Ficha Saúde em dia” (Apêndice A), para ser utilizado durante consultas programadas, grupos operativos e consultas em domicílio, para registro de dados como idade, sexo, colesterol total (CT), colesterol lipoprotéico de alta densidade (HDL), hábitos de fumar, pressão arterial sistólica, diabetes, além de revisão de prontuários para avaliação dos dados antecedentes às ações propostas.

Para redução do RCV, serão propostas ações como a utilização de fichário rotativo mensal, para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, através de consultas programadas; a realização de grupos operativos, como o grupo “Saúde em dia” e o grupo “Caminha com Agente”, além de consultas em domicílio para acamados e domiciliados, levando ao aprimoramento das ações já desenvolvidas pela equipe.

Para a estimativa do RCV será proposta a utilização do Escore de Risco de Framingham (ERF), e então a comparação entre dados coletados em prontuários, anteriores ao início das ações propostas para redução do RCV, e por meio da “Ficha Saúde em dia” a fim de avaliar a efetividade destas ações na redução do RCV e suas complicações.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). São aplicados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Diabetes mellitus. Fatores de Risco.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Básica

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é o

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, art. 2º).

Para assegurar a aplicabilidade de tais ações e a consolidação da Atenção Básica, o Ministério da Saúde estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

5.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

A equipe de Saúde da Família (eSF) é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2017).

A eSF coloca em prática um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (MACINKO, MENDONÇA, 2018).

5.3 Fatores de risco cardiovascular

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) fatores de risco se referem aos aspectos do comportamento individual, do estilo de vida, da exposição ambiental ou às características hereditárias ou congênitas que, baseadas em evidências epidemiológicas, estão associadas a determinada (s) condições de saúde. Os fatores de risco são considerados importantes, especialmente para ações prevenção. Esses fatores atuam sobre determinada população em risco, que é bem definida, cujas vidas, bens e oportunidades de trabalho se encontram ameaçadas (BRASIL, 2020b). Modelos multifatoriais de estratificação de risco podem ser utilizados para uma melhor compreensão do perfil de risco individual e na orientação direcionada de decisões terapêuticas (MALACHIAS et al., 2016; BROTONS et al., 2018).

Os fatores de risco cardiovascular podem ser classificados em não modificáveis, como: idade, sexo e hereditariedade e em modificáveis, como: obesidade, dislipidemias, diabetes, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial, estresse e dieta inadequada. Estes últimos estão relacionados aos aspectos comportamentais e ao estilo de vida, o que tornam as mudanças muito difíceis, exigindo que os indivíduos compreendam sua situação de saúde e necessidade de alterar seu modo de viver (BISPO et al., 2016, p. 335).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Hipertensão arterial (HAS) é

[...] condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes milito. 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, p. 1).

No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV. (MALACHIAS et al., 2016).

Segundo a *American Heart Association*, há associações graduadas entre valores mais elevados de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) e aumento do risco de DCV. Incrementos de 20 mm Hg na PAS e de 10 mm Hg na PAD foram associados à duplicação do risco de morte por AVE, doença cardíaca ou outra doença cardiovascular. Observou-se ainda aumento da incidência de angina, IAM, IC, doença arterial periférica (DAP) e aneurisma da aorta abdominal (WHELTON et al., 2018).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo: mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017). A maioria das doenças cardiovasculares pode ser prevenida por meio da abordagem de fatores comportamentais e de risco – como o uso de tabaco, dietas não saudáveis e obesidade, falta de atividade física, uso nocivo do álcool, HAS, DM – utilizando estratégias para a população em geral. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE 2017; LEONNBERG; EKBLUM-BAKC; DAMBERGA, 2019).

De acordo com diretrizes internacionais relevantes na prevenção de doenças cardiovasculares, a qualidade de intervenções na prevenção primária depende da avaliação das condições risco cardiovasculares do indivíduo. Para determinar esse risco, são empregados diferentes escores de risco (GRAMMER et al., 2019).

O Escore de Risco de Framingham (ERF) é o método mais aplicável para prever o risco de uma pessoa de desenvolver DCV em longo prazo (WILSON et al., 1998).

O ERF considera seis fatores de risco coronariano, incluindo idade, sexo, colesterol total (CT), colesterol lipoprotéico de alta densidade (HDL), hábitos de fumar e pressão arterial sistólica (JAHANGIRY; JAHANGIRY; FARHANGI; REZAEI, 2017)

Um estudo europeu realizado por Handschin, (2019) lembra que é concebível que quanto maior o número de fatores de risco avaliados, mais precisa a estimativa de risco será. Porém, isso pode resultar num processo mais complexo e demorado de estratificação de risco, o que pode não ser viável na prática clínica. Sendo assim, o uso de escores como o ERF é bem aceito.

Sabemos que existem limitações históricas e étnicas ligadas ao desenvolvimento do ERF, já que se trata de uma coorte familiar histórica americana que não inclui indivíduos descendentes de hispânicos ou afro-americanos (GRAMMER et al., 2019).

Entretanto, considerando a ausência de dados brasileiros para uma avaliação mais precisa do RCV na nossa população, tais escores se mostram úteis no desenvolvimento de estudos para avaliação do RCV, pois estão prontamente disponíveis e fáceis de usar, tornando-os uma abordagem acessível para a triagem. (MALACHIAS et al., 2016; BROTONS et al., 2018)

O gerenciamento dos fatores de risco cardiovascular para prevenção de DCV por meio de múltiplas intervenções de mudança no estilo de vida associadas ou não ao tratamento medicamentoso tem o potencial de reduzir riscos e proporcionar benefícios à saúde. (ALAGEEL et al., 2018). Sendo assim, torna-se importante a identificação e controle dos fatores de risco cardiovascular para que estratégias de promoção da saúde sejam adotadas, além do diagnóstico e tratamento precoces (SIMÃO et al., 2013)

A possibilidade de continuidade dos cuidados na atenção primária representa uma boa oportunidade de apoiar intervenções para mudança de comportamento. Contudo, há apenas evidências limitadas da eficácia de intervenções de MEV na redução do RCV e seus fatores de risco ou melhoria dos resultados de mortalidade entre as populações assistidas através da prevenção primária (ALAGEEL et al., 2018).

O diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes estimou que 8,8 % da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes (OLIVEIRA, MONTENEGRO JUNIOR, VENCIO, 2017).

Pacientes com DM2 têm de duas a quatro vezes maior risco de morte e DCV que a população em geral e quando a HAS está associada, esta é um fator central para praticamente todos os eventos em pacientes diabéticos; níveis mais baixos de PAS estão associados a riscos significativamente menores de IAM e AVE entre pacientes com diabetes. (RAWSHANI, et al., 2018).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Após análise dos problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, foi selecionado como problema prioritário o Alto risco cardiovascular, através da descrição, explicação e seleção de nós críticos identificados, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado

Devido ao grande número de pacientes com risco cardiovascular aumentado, para dimensionamento, entre esses, observa-se cerca de 18% com HAS e cerca de 6% de DM, que, juntos, representam quase um quarto da população da área de abrangência da ESF. Eleveu-se a "Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular", " como o grande problema prioritário (SISAB, 2018).

Por estar tal problema relacionado com outros grandes problemas recorrentes em nossa realidade – o grande número de pacientes alto risco cardiovascular, e baixa adesão medicamentosa, à dieta e às atividades físicas – determinando graves consequências que poderiam e deveriam ser evitadas, como a obesidade, as complicações pelo DM (feridas crônicas, amputações, insuficiência renal, retinopatia diabética, internações e óbitos) e pela HAS (internações, IAM, AVE, lesões de órgãos-alvo, óbitos) e com uma realidade já muito comprometida, com número significativo de pacientes que evoluíram com complicações, tais problemas são correlacionados ao descrito como prioritário (SISAB, 2018).

6.2 Explicação do problema selecionado

Por se tratarem de problemas muito representativos e recorrentes na realidade da população adscrita à eSF Ângela Francisca, entende-se que se faz necessário o estudo mais aprofundado de tais condições, a elaboração de projeto de intervenção, com possíveis ações para contribuir para a mudança positiva dessa realidade.

6.3 Seleção dos nós críticos

Assim, em primeira análise, foi possível a identificação de nós críticos – problemas intermediários que, resolvidos, resolvem ou minimizam o problema considerado prioritário. O planejamento sobre os nós críticos deverá facilitar a verificação de obstáculos, oportunidades, pontos positivos e negativos, potencialidades possíveis e resultados esperados para futura melhoria dessa realidade (problema prioritário: redução de riscos cardiovasculares entre usuários adscritos à Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, no município de Esmeraldas, Minas Gerais).

Nó crítico 1: Melhor entendimento pela equipe de seu papel fundamental no processo de educação permanente, educação em saúde da comunidade e uma melhor prática

O planejamento de intervenção sobre esse nó crítico busca superar o baixo empenho até então da equipe de saúde no processo de educação da população, levando a perpetuação de problemas graves

Nó crítico 2: Maior adesão aos tratamentos não-medicamentosos e medicamentosos, entre os usuários com alto risco cardiovascular

Baixa responsabilização e entendimento dos pacientes como determinantes no seu próprio processo saúde-doença (os pacientes na maioria das vezes acreditam que o seu problema pode ser resolvido apenas com medicamentos e que “apenas” a renovação rotineira de receitas é suficiente). Os pacientes, em grande parte, não têm consciência do seu diagnóstico e não se identificam como “hipertensos” e/ou “diabéticos” e usam medicamentos sem entender por que, o que leva a baixa adesão medicamentosa (muitas vezes não tiveram a devida orientação da equipe sobre o problema; os agentes comunitários ao realizarem cadastros muitas vezes não “sabiam que tal paciente era hipertenso ou diabético porque ele o negou ser”). Os pacientes acreditam que a HAS e a DM estão relacionados a sintomas e deixam de realizar acompanhamento rotineiro por estarem assintomáticos (os pacientes, na maioria das vezes não realizam controle pressórico e glicêmico e não entendem a importância de realizá-los, assim como com o acompanhamento médico rotineiro, exames para identificação de lesões de órgãos-alvo, entre outros). Por não entenderem sua condição de doença e não realizarem cuidados necessários, os pacientes ficam expostos a complicações relacionadas à história natural dessas doenças, elevando o risco cardiovascular, o número de hospitalizações, lesões de

órgãos-alvo irreversíveis e até óbitos (os pacientes, em maioria, não compreendem que por mais que estejam assintomáticos por hora, correm riscos de desenvolverem graves problemas de saúde em consequência à falta de cuidado e adesão, que poderiam ser evitados com facilidade). Os pacientes não compreendem que o cuidado deve envolver outras dimensões como a saúde mental, realização de atividades físicas, dieta adequada, eliminação de fatores de risco relacionados como tabagismo e etilismo, por exemplo, além do uso de medicamentos regularmente conforme orientação;

Nó crítico 3: Melhores processos direcionados à atenção à saúde dos usuários com alto risco cardiovascular

Falta de controle pela equipe na realização da busca ativa de pacientes e na programação de consultas para acompanhamento adequado dos pacientes hipertensos e diabéticos, que na maioria das vezes procuram a unidade apenas para “renovar receitas” e não comparecem para consultas agendadas ou não realizam controle adequado dos fatores de risco, assim como das complicações relacionadas a essas doenças, favorecendo a manutenção do alto índice de pacientes com risco cardiovascular elevado, o que demonstra falha no processo de trabalho da equipe que não consegue elaborar projetos terapêuticos adequados direcionados para essa população.

Nó crítico 4: Implementação de grupos operativos e realização de consultas programadas para cuidado continuado de pacientes hipertensos e diabéticos para redução do risco cardiovascular

O grande volume de pacientes que comparecem diariamente ao atendimento de demanda espontânea, levou à desmotivação da equipe e a programação de consultas e a realização de grupos operativos para pacientes diabéticos e hipertensos ficou em segundo plano. A equipe está trabalhando em seu limite e sem planejamento adequado de ações, sem identificação de riscos e sem adequação às necessidades da população. Não há espaço na agenda direcionado para a realização de grupos operativos ou consultas programadas para cuidado continuado de hipertensos e diabéticos. Isso demonstra grande falha no acompanhamento desses pacientes e favorece a cultura de “procurar o médico quando estiver apenas sintomático” ou para “renovar receitas”, o que favorece ainda mais o grande volume

de pacientes que procuram a unidade em demanda espontânea, sem o compromisso do autocuidado, da corresponsabilização sobre seu processo saúde-doença. Isso leva ao aumento de pacientes sem controle adequado e conseqüente aumento do risco cardiovascular. Além disso, a equipe tem dificuldade de mudança de postura e não consegue assumir o controle do cuidado dos pacientes, o processo de educação em saúde e o estímulo à participação popular no desenvolvimento de ações para esses grupos de risco, por falta de planejamento adequado e desorganização do processo de trabalho.

6.4 Desenho das operações

Analisando as causas identificadas como nós críticos, as operações necessárias para atingirem-se os objetivos, através dos recursos para a realização das intervenções, a equipe descreveu os seguintes quadros 4, 5, 6 e 7.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Melhor entendimento pela equipe de seu papel fundamental no processo de educação permanente, educação em saúde da comunidade e uma melhor prática
Operação (operações)	Capacitação da equipe para melhor entendimento de seu papel fundamental no processo de educação em saúde para uma melhor prática Criação de estratégias para melhor efetividade e das ações da equipe
Projeto	“Conhecimento e ação”
Resultados esperados	Maior efetividade das ações da equipe, ampliando o nível de adesão dos usuários aos tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso
Produtos esperados	Reuniões de equipe quinzenais Análise de dados mensais para melhor conhecimento dos usuários e seus riscos Acompanhamento do desempenho dos membros da equipe
Recursos necessários	Estrutural: realização de reuniões programadas Cognitivo: informações e estratégias para capacitação e motivação da equipe Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, acesso à internet e às informações/dados do e-SUS Político: apoio da Secretaria de Municipal de Saúde para fornecimento de material necessário para capacitações
Recursos críticos	Cognitivo: material didático Financeiro: recursos audiovisuais e acesso à internet
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	Iniciar em um mês
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Enfermeira e Técnica de enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Por meio de revisão dos registros do livro de ata das reuniões de capacitação anteriores a cada nova reunião, analisando progressos, correções a serem realizadas e novos prazos

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular”, ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Maior adesão aos tratamentos não-medicamentosos e medicamentosos, entre os usuários com alto risco cardiovascular, integração, interação e educação em saúde entre usuários com alto risco cardiovascular.
Operação (operações)	Trocas de experiências entre usuários, educação em saúde, avaliação do risco cardiovascular e então melhor entendimento dos usuários quanto ao seu problema de saúde. Maior envolvimento e motivação dos usuários nas mudanças do estilo de vida. - Organização consultas programadas de Hipertensos e diabéticos.
Projetos	“Grupo Saúde em dia” “Projeto caminha com Agente” “Fichário rotativo Saúde em dia”
Resultados esperados	Maior participação popular, educação em saúde e corresponsabilização para melhor efetividade no tratamento, prevenção de agravos em saúde, como as complicações associadas à hipertensão e diabetes. Realização de consultas programadas e educação em saúde em qualquer oportunidade. Redução do tabagismo, da obesidade e do sedentarismo.
Produtos esperados	Grupo operativo “Saúde em dia” quinzenalmente. “Projeto caminha com agente” cinco vezes por semana. Realização de consultas programadas, organizadas de acordo com um fichário rotativo, para melhor controle.
Recursos necessários	Estruturais: espaço na agenda para realizar o grupo operativo; pactuar com a equipe para que em cada dia da semana 1 membro fique responsável por acompanhar os pacientes no grupo de caminhada; organizar agenda para possibilitar atendimento programado para pacientes com alto risco cardiovascular. Cognitivos: estudo sobre temas a serem abordados nos grupos operativos; desenvolvimento de instrumento (ficha) para realizar o acompanhamento dos usuários pelo fichário rotativo. Financeiros: recursos audiovisuais, cartazes, panfletos; fitas para glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, escalômetro, balança, calculadora; fichário e fichas para fichário rotativo. Político: apoio da Secretaria Municipal de Saúde para fornecimento de material necessário para capacitações. Políticos: parceria com o campo de futebol do “Vasco” para realização do grupo de caminhada através da Associação de Moradores.
Recursos críticos	Político: Material didático; parceria com a associação de moradores para possibilitar o uso do campo de futebol para realizar o grupo de caminhada. Financeiro: recursos audiovisuais, panfletos. Fichário rotativo e fichas para o fichário. Cognitivo: desenvolver ficha para acompanhamento dos usuários no fichário rotativo;
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde, Associação de moradores Equipe de saúde Ângela Francisca

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais (continuação)

Ações estratégicas	Elaborar projeto para demonstrar os objetivos da implantação do fichário rotativo e fornecimento de material impresso para as fichas.
Prazo	Iniciar em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, Agentes comunitários.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Por meio de livro de registros de participantes do grupo de caminhada, dos dados levantados nas fichas do fichário rotativo do HIPERDIA e avaliação periódica do risco cardiovascular em registros do fichário rotativo.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular”, ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Melhores processos direcionados à atenção à saúde dos usuários com alto risco cardiovascular
Operação (operações)	Avaliação e discussão de casos e desenvolvimento de projetos terapêuticos. Favorecer a identificação de casos críticos e busca ativa de pacientes sem controle ou acompanhamento adequado. Adequação agenda médica e de enfermagem para realização de consultas programadas e grupos operativos
Projeto	“Conhecer para agir”
Resultados esperados	Melhor capacidade de realizar o diagnóstico situacional dos pacientes hipertensos e diabéticos, identificação de fatores de risco modificáveis, permitindo desenvolver ações para redução de complicações relacionadas a essas doenças e dos fatores de risco cardiovascular.
Produtos esperados	Realização de reuniões de equipe quinzenalmente. Identificação usuários sem controle adequado e realização de busca ativa. Organização da agenda com turnos ou horários para realização de grupos e consultas programadas.
Recursos necessários	Estruturais: espaço na agenda para realização de reuniões de equipe quinzenais, realização de consultas programadas, grupo “Saúde em dia” e realização de busca ativa de pacientes sem controle adequado durante visitas domiciliares realizadas por qualquer membro da equipe. Cognitivos: equipe capacitada para melhor identificação de casos, fatores de risco e desenvolvimento de projetos terapêuticos. Financeiros: aquisição de audiovisuais, acesso à internet e às informações/dados do e-SUS. Políticos: apoio da Secretaria Municipal de Saúde para fornecimento de dados e material necessário para as reuniões.
Recursos críticos	Político: apoio institucional Cognitivo: material didático e dados consolidados Financeiros: aquisição de audiovisuais e acesso à internet
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde.
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	Início imediato
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através dos registros de reuniões em livros de ata de reuniões anteriores.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Implementação de grupos operativos e realização de consultas programadas para cuidado continuado de pacientes hipertensos e diabéticos para redução do risco cardiovascular
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganização do processo de trabalho da equipe para permitir identificação de fatores de risco e planejamento de ações adequados. - Estimular os membros da equipe a participarem de todas as reuniões de equipe e a importância do papel de cada um. - Reorganização da agenda para permitir a realização de reuniões de equipe, consultas de cuidado continuado para hipertensos e diabéticos e grupos operativos
Projeto	“Juntos somos mais”
Resultados esperados	Melhorar a motivação da equipe para reorganização do processo de trabalho, o que irá favorecer a melhor identificação dos problemas, planejamento adequado das ações específicas e seu real desenvolvimento.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Consultas programadas para cuidado continuado de hipertensos e diabéticos. - Implementar o “Grupo saúde em dia” - Motivação da equipe - Realização de reuniões de equipe com maior frequência.
Recursos necessários	<p>Estruturais: disponibilizar espaço na agenda para realização de reuniões de equipe quinzenais, de consultas programadas e do grupo “Saúde em dia”</p> <p>Cognitivos: estudo dos fatores de risco associados ao processo-saúde doença da população para nortear a reestruturação do processo de trabalho da equipe e favorecer melhor cuidado dos usuários.</p> <p>Financeiros: recursos audiovisuais, acesso à internet e às informações/dados do e-SUS, insumos para realização do “Grupo Saúde em Dia” como: cartazes, panfletos, fitas para glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, escalômetro, balança, calculadora, glicosímetro.</p> <p>Políticos: solicitar apoio à Secretaria Municipal de Saúde para fornecimento de dados e material necessário para as reuniões, além de insumos para a realização do “Grupo Saúde em dia”.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiros: recursos audiovisuais, acesso à internet e às informações/dados do e-SUS, insumos para realização do “Grupo Saúde em Dia” como: cartazes, panfletos, fitas para glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, escalômetro, balança, calculadora, glicosímetro.</p> <p>Políticos: solicitar apoio à Secretaria Municipal de Saúde para fornecimento de dados e material necessário para as reuniões, além de insumos para a realização do “Grupo Saúde em dia”.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Equipe de Saúde Ângela Francisca</p>

Continua

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Fatores de risco aumentados para doença cardiovascular”, ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, do município Esmeraldas, estado de Minas Gerais (continuação)

Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	Iniciar em 3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Por meio de registros em livros de Ata e das fichas do fichário rotativo do “Grupo Saúde em dia”

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade do conhecimento da situação de saúde de uma comunidade é fator determinante para a elaboração de conjuntos de ações para mudanças favoráveis ao processo saúde-doença. O estudo da prevalência de fatores de risco cardiovascular entre a população de pacientes hipertensos e/ou diabéticos na comunidade do “morro” se faz necessário para que a execução das ações propostas se realize. Sendo assim, a utilização de escores de risco como o ERF facilita o processo de estratificação de risco e elaboração de planos terapêuticos. Espera-se que com o presente plano de ação sejam postas em prática as ações propostas e atinja-se o objetivo de redução dos fatores de risco cardiovascular nessa população.

REFERENCIAS

ALAGEEL, S. et al. Implementing multiple health behavior change interventions for cardiovascular risk reduction in primary care: a qualitative study. **BMC Family Practice**. V.19, n. 171, 2018. Disponível em:

<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0860-0>
Acesso em: 16 fev. 2020.

BISPO, I. M. J. et al. Fatores de risco cardiovascular e características sociodemográficas em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **O mundo da saúde**. V. 40, n. 3, p. 334-342, 2016. Disponível em:

http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155575/A08.pdf Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**.

Fatores de risco. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 17 mar. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fichas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica: Estratégia de Saúde da Família Ângela Francisca, Minas Gerais, Esmeraldas, 2018. Acesso local.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
Acesso em: 16 fev. 2020.

BROTONS, C. et al. estimation of lifetime risk of cardiovascular disease (IBERLIFERISK): a new tool for cardiovascular disease prevention in primary care.

Revista Española de Cardiologia (english edition). V. 72, n. 7, p. 562-568, 2019. Disponível em: <https://www.revespcardiol.org/en-estimation-lifetime-risk-cardiovascular-disease-articulo-S1885585718302962?referer=buscador>. Acesso em: 11 mar. 2020.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**. P. 8-77, 2010.

Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Planejamento-2010.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

GRAMMER, T. B. et al. Cardiovascular risk algorithms in primary care: Results from the DETECT study. **Nature/Scientific reports**. V.9, n.1101, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-37092-7> Acesso em: 10 mar. 2020.

HANDSCHIN, A. et al. Cardiovascular risk stratification in primary care patients with arterial hypertension: Results from the Swiss Hypertension Cohort Study. **European Journal of Preventive Cardiology**. V. 26, n. 17, p. 1843-1851, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2047487319856732>. Acesso em 17 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Cidades. Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/esmeraldas/panorama>. Acesso em: 16 fev. 2020

JAHANGIRY, L.; FARHANGI, M. A.; REZAEI, F. Framingham risk score for estimation of 10-years of cardiovascular diseases risk in patients with metabolic syndrome. **Journal of Health, Population and Nutrition** V. 36, n. 36, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682637/pdf/41043_2017_Article_114.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

LEONNBERG, L.; EKBLÖM-BAKČ, E.; DAMBERGA, M. Improved unhealthy lifestyle habits in patients with high cardiovascular risk: results from a structured lifestyle programme in primary care. **Upsala Journal of Medical Sciences**. V. 124, n. 2, p. 94–104, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6566702/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MACINKO, J., MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**. V. 42, n. 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf> Acesso em: 10 mar. 2020

MALACHIAS, M. V. B., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**. V. 107, N.3, S. 3, p.:1-83, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 16 fev. 2020.

NOSSA ESMERALDAS. Aspectos econômicos de Esmeraldas. Esmeraldas, 20 de julho de 2012. Disponível em:

<http://nossaesmeraldas.blogspot.com/2012/07/aspectos-economicos-de-esmeraldas.html>. Acesso em: 16 fev. 2020

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M. M.; VENCIO, S.; Sociedade Brasileira de Diabetes **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. OPAS Doenças cardiovasculares. 2017. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096. Acesso em: 16 fev. 2020.

RAWSHANI, A. et al. Risk Factors, Mortality, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. **The New England Journal of Medicine**. V. 379, p. 633-644, 2018. Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1800256?articleTools=true> Acesso em: 11 mar. 2020.

SIMÃO A. F., et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V. 101, n. 6, S. 2, 2013. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf. Acesso em: 16 fev. 2020. Esmeraldas, Minas Gerais, 2019.

WHELTON, P. K., et al. American Heart Association. 2017 ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/ APhA/ ASH/ ASPC/ NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Hypertension**. V. 71, n. 6, P.: e13-e115, 2018. Disponível em:

<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYP.0000000000000065> Acesso em: 16 fev. 2020.

WILSON, P.W.F., et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**. V. 97, N. 18: p. 1837–47, 1998. Disponível em:

<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.CIR.97.18.1837> Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

APÊNDICE A – FICHA SAÚDE EM DIA

A seguir é apresentada a FICHA SAÚDE EM DIA que, para coleta de dados, deverá ser implantada. Trata-se de instrumento desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família Ângela Francisca, para ser utilizado durante consultas programadas, grupos operativos e consultas em domicílio, para registro de dados como idade, sexo, colesterol total (CT), colesterol lipoprotéico de alta densidade (HDL), hábitos de fumar, pressão arterial sistólica, diabetes. Essa Ficha está citada no item METODOLOGIA.

	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÂNGELA FRANCISCA ESMERALDAS- MG	
---	---	---

FICHA SAÚDE EM DIA

NOME DO PACIENTE _____		HIPERTENSO []	DIABÉTICO []
ENDEREÇO COMPLETO _____		MICROÁREA _____	DATA DE NASCIMENTO _____
_____		ACS _____	IDADE (PREENCHER A LÁPIS) _____
_____		_____	
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO INICIAL _____ %/10 ANOS		ADESÃO	
[] BAIXO [] MODERADO [] ALTO [] MUITO ALTO		[] MEDICAMENTOS [] DIETA [] EXERCÍCIOS	
MEDICAMENTOS _____		INSULINA	
_____		[] NPH (DOSE) _____	
_____		[] REGULAR (DOSE) _____	
_____		TABAGISTA: []	
ACAMADO []	PARTICIPA DOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE []	FREQUÊNCIA DE CONSULTAS	
PÉ DIABÉTICO []	LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO: _____	ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO	
COMORBIDADES: _____			

ANO: 20 _____

INDICADORES	IMC	PESO	CINT ABD.	CIRC PESC.	PA	GLIC. CAPIL.	GLIC. JEJUM	HbA1c	CREAT.	COL. TOTAL	HDL	LDL	PROT. URIN.	AC. URICO	RISCO CARD.
JANEIRO															
FEVEREIRO															
MARÇO															
ABRIL															
MAIO															
JUNHO															
JULHO															
AGOSTO															
SETEMBRO															
OUTUBRO															
NOVEMBRO															
DEZEMBRO															

OBSERVAÇÕES:

 <p>Saúde da Família</p>	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÂNGELA FRANCISCA ESMERALDAS- MG	
---	---	---

FICHA SAÚDE EM DIA

ANO 20_____

INDICADORES	IMC	PESO	CINT ABD.	CIRC PESC.	PA	GLIC. CAPIL.	GLIC. JEJUM	HbA1c	CREAT.	COL. TOTAL	HDL	LDL	PROT. URIN.	AC. URICO	RISCO CARD.
JANEIRO															
FEVEREIRO															
MARÇO															
ABRIL															
MAIO															
JUNHO															
JULHO															
AGOSTO															
SETEMBRO															
OUTUBRO															
NOVEMBRO															
DEZEMBRO															

ANO 20_____

INDICADORES	IMC	PES O	CINT ABD.	CIRC PESC.	PA	GLIC. CAPIL.	GLIC. JEJUM	HbA1c	CREAT.	COL. TOTA	HDL	LDL	PROT. URIN.	AC. URICO	RISCO CARD.
JANEIRO															
FEVEREIRO															
MARÇO															
ABRIL															
MAIO															
JUNHO															
JULHO															
AGOSTO															
SETEMBRO															
OUTUBRO															
NOVEMBRO															
DEZEMBRO															

OBSERVAÇÕES:
