

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ALEDSON CARLOS COSTA DE ARAUJO

**PSF VAI A SUA RUA, SAINDO DA ZONA DE CONFORTO LUTA
PARA ATACAR O RISCO CARDIOVASCULAR**

Polo de Campos Gerais

Minas Gerais

2015

ALEDSON CARLOS COSTA DE ARAUJO

**PSF VAI A SUA RUA, SAINDO DA ZONA DE CONFORTO, LUTA
PARA ATACAR O RISCO CARDIOVASCULAR**

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

Orientador: Prof^a. Dra. Simone Albino da Silva

Campos Gerais

2015

ALEDSON CARLOS COSTA DE ARAUJO

**PSF VAI A SUA RUA, SAINDO DA ZONA DE CONFORTO, LUTA
PARA ATACAR O RISCO CARDIOVASCULAR**

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

Orientador: Prof^a. Dra. Simone Albino da Silva

Banca examinadora

Prof. Dra. Simone Albino da Silva

Prof. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas

Aprovado em Alfenas, em 14 de Fevereiro de 2016.

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai Celestial que me dá forças para continuar em minha trajetória terrestre, trazendo anjos de ajuda como a Adriana Cláudia Pereira Lima de Conceição do Rio Verde em Minas Gerais.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde por estimular, involuntariamente a minha participação neste curso de Especialização.

RESUMO

PSF vai a sua rua, atividade de campo para rastreamento de Hipertensos e Diabéticos, um PSF itinerante, que vai na rua, capta o grupo de pessoas da área de abrangência que já são doentes e não sabem, além daqueles que mesmo com o diagnóstico firmado, não se vincularam adequadamente ao tratamento. A Equipe sai da zona de conforto em que vivia dentro da Unidade, e vai para a luta de atacar o risco cardiovascular. Este é um projeto que se torna eficaz quando leva os profissionais da Equipe de Saúde da Família a rever valores e conceitos, passando a entender o verdadeiro sentido do Programa, da Estratégia, de uma Equipe de Saúde da Família. Da mesma forma, a população se beneficia e se abre para as ações de prevenção, e tratamento eficazes, destacando o grupo de risco cardiovascular, trazendo um prognóstico bem mais favorável, e melhores resultados para a Morbi/Mortalidade.

Palavras-chave: Prevenção; risco cardiovascular

ABSTRACT

PSF goes your street, field of activity for tracking Hypertensive Diabetics, an itinerant PSF, which will on the street, picks up the group of people the coverage area that are already sick and do not know, beyond those that even with the confirmed diagnosis, not properly linked to treatment. The team leaves the comfort zone in which he lived inside the unit, and goes to the fight to tackle cardiovascular risk. This is a project that becomes effective when it takes professionals in the Family Health Team to review values and concepts, starting to understand the true meaning of the Programme, the strategy of a Family Health Team. Similarly, the population benefits and opens to the prevention, treatment and effective, highlighting the cardiovascular risk group, bringing a much more favorable prognosis, and better results for the Morbidity / Mortality.

Key words: prevention; cardiovascular risk

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

ESF – Equipe de Saúde da Família

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

MS – ministério da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
JUSTIFICATIVA	12
OBJETIVOS	13
METODOLOGIA	14
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	15
PRINCIPIOS OPERACIONAIS	17
MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
PROCESSO DE TRABALHO	20
PLANO DE AÇÃO	21
PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	22
SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS	23
PLANO OPERATIVO	26
PLANILHA DE MONITORAMENTO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1 INTRODUÇÃO

Numa comunidade com cerca de três a quatro mil habitantes, uma ESF, sai em busca do entendimento sócio cultural, individual e coletivo, em descobrir o grupo de risco para a doença cardiovascular, e os que já são doentes, mas escondidos na comunidade. Arregaçaram as mangas nesta tarefa, implementando com divisão de atribuições, uma atividade que apelidamos de “Perdidos e achados”, o nosso PSF VAI A SUA RUA, que consiste na divulgação de um PSF itinerante, que vai nas diversas micro áreas, monta seu circo, mesas, cadeiras, aparelhos e outros insumos, chama o usuário em potencial, afastado da unidade, rastreia e descobre, repetidamente, em cada semana, novos doentes, doentes antigos em descontrole e não doentes, tipicamente caracterizados em prognóstico aumentado para a doença cardiovascular. O cotidiano muda nesta Equipe, a empolgação toma conta dos profissionais, se percebe a importância da atividade em cada prática, objetivo de descobertas é atingido, pacientes começam a se vincular ao tratamento e com uma Unidade que antes estava em descrédito, agora em relação mútua de confiança, com o vislumbre da vida com melhor qualidade, com menos sofrimento.

2 JUSTIFICATIVA

Buscamos uma maneira eficaz de conscientizar a Equipe e a população adscrita, da importância da prevenção em saúde, através do trabalho de campo dos profissionais, que saem de sua zona de conforto, e vão captar uma demanda escondida (voluntaria e involuntariamente), a fim de prevenção, tratamento, diminuindo o risco cardiovascular, e melhorando a vida na opinião da própria comunidade.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo Geral

Diminuir o Risco Cardiovascular

Objetivos Específicos

.Identificar os usuários com risco cardiovascular .

. Estimular a mudança de hábitos deste grupo de risco

. Mostrar a importância do auto cuidado na manutenção da saúde

. Diminuir o número de crises hipertensivas, de IAM, de AVC, e outros agravos relacionados ao risco cardiovascular.

4 METODOLOGIA

Criamos uma atividade de busca ativa, na rua, itinerante em revezamento nas micro áreas, já implantada há seis meses, com início em abril do corrente 2015, levando o material necessário para caracterizar uma unidade de atenção básica mínima, com mesas, cadeiras, aparelhos e outros insumos, com toda a equipe mobilizada, a fim de rastrear e encontrar, o Hipertenso, o Diabético, que sabe ou não sabe, que trata ou não trata, de sua doença ou de seu risco cardiovascular aumentado. E a partir daí, vincular o usuário com a Unidade de Saúde de sua área.

Em cada Atividade, em cada prática, uma estatística de captação foi se apresentando, mostrando de imediato a importância e eficácia imediato-futura, para diminuir o risco cardiovascular.

5 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO RIO VERDE

Conceição do Rio Verde é uma cidade com cerca de 13 mil habitantes, localizada no Sul de Minas Gerais, com natureza exuberante, um dos pontos acolhedores, além da tranquilidade e ausência de violência. Sua principal atividade econômica é o café, seguida da pecuária leiteira. Fundada em 1732, era sesmaria, mas já em 1778 cresceu em área, através de doações de terrenos, criando seu patrimônio em 1839. No ano de 1901 foi criada a Vila de Águas Virtuosas, atual Lambari, passando a ser um dos distritos daquele Município. A lei Estadual nº 556 de 30 de agosto de 1911, criou o Município de Conceição do Rio Verde, desmembrando-o de Lambari, época em que sua população era de 2 mil habitantes. Seu primeiro Prefeito foi Lúcio Bernardes Carneiro, que tomou posse em 16 de janeiro de 1931. Em 20 de julho de 2009, o Prefeito Adilson Gonçalves de Oliveira Paganelli, se tornou o primeiro a ser cassado, por improbidade administrativa, que depois retornaria por decisão Judicial. Na área de saúde, no final da década de 90, foi implantada a estratégia de Saúde da Família, que hoje abrange cerca de 50% da cidade. Mas no início de 2013, com a entrada do Prefeito atual, este investiu todos os esforços na visão hospital Centrica, claro que custando grandes prejuízos financeiros e travando o desenvolvimento da ESF, que agora tenta retomar seu rumo e do qual eu faço parte.

COMUNIDADE DE SÃO FRANCISCO

São Francisco é uma comunidade de cerca de 3.500 habitantes, perto do Centro de Conceição do Rio Verde, com sua população trabalhando no comércio, na pecuária leiteira e na "panha do café", aproveitando em alguns casos as suas hortas domiciliares ou de quintal. Como na maior parte do Brasil,

o analfabetismo tem um índice assustador, o que eu chamo de Analfabetizados, já que isso não acontece por livre escolha da pessoa ou do cidadão. Saneamento básico é sofrível em todos os sentidos, mas um desenvolvimento salutar já se aponta com a melhoria do esclarecimento e da consequente pressão existente. Nesta comunidade trabalha uma equipe da ESF, equipe do PSF II.

A UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPEPSF II

Inaugurada há alguns anos, ainda está instalada em casa alugada, com espaço reduzido, funcionando em revezamento dos espaços internos, com as visitas domiciliares. Não há espaço para as atividades de grupo, sendo necessário o improvisado na comunidade, o que acaba aumentando o vínculo entre estes atores. A Unidade é equipada razoavelmente, mas faltando remédios para a rotina ambulatorial/prevenção e injetáveis para a resolubilidade da porta de entrada da rede de urgências, onde se insere também a atenção básica. Um dado facilitador é a boa interlocução com a coordenação do PSF e Secretário de Saúde, aqui denominado de Gestor Municipal da Saúde.

EQUIPE DO PSF II

A equipe é formada pelos profissionais a seguir: Médico Jeremias; Enf. Tassiana; Téc. de Enf. Maria das Graças e os ACS Adriana, Angelita, Francisco, Maria Inês e Nilza, além de mim, que estou somando ao trabalho médico da estratégia, fomentando o modelo Vigilância em Saúde.

FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

A Unidade inicia o dia de trabalho às 7h, terminado às 17h. Os ACSs participam da recepção, informações agendamentos de consultas e organização do fluxo interno. Diferentemente de outras Unidades que já trabalhei no RJ, os ACSs não trabalham insatisfeitos, embora reconheçam que seus esforços deveriam ser otimizados em outras frentes. Não há qualquer comentário ou demanda na possibilidade de extensão do horário, mas como Médico de Família do Programa Mais Médico, eu, tenho em minha experiência

bons resultados na aceitação e melhor funcionamento, o horário estendido até às 20h, que fundamentalmente é importante para os trabalhadores.

O DIA A DIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PSF II

O funcionamento se ocupa de demanda espontânea; Consultas Médicas; Visitas domiciliares feitas por todos os profissionais; Programas: Pré-natal, puericultura, coleta do Citopatológico de colo de útero, exame de mama, atendimentos a hipertensos e diabéticos, educação alimentar com acompanhamento neste âmbito das situações de desnutrição. Há também a atividade física matinal, em frente da Unidade, tendo como facilitador um ACS, supervisionado por professor de Educação Física. Mas o modelo vigilância em saúde ainda engatinha, pressionado pelo antigo assistencialista "exigido" pela comunidade e sustentado pela zona de conforto que a Equipe se mantém, alegando preferência que a comunidade expressa. Um exemplo é marcação de consultas ou agendamento, em que os usuários chegam às 5h ou 6h da manhã, para garantirem suas vagas. Sobremaneira de bom e novidade, está sendo a motivação que todos demonstram com a minha chegada e a característica de empreendedor que tenho em meu perfil. Semelhança na tentativa de implantar o modelo vigilância em saúde e suas dificuldades impostas pelas barreiras sócio culturais. E a diferença fundamental está na motivação que vejo na minha equipe, muito boa, evitando queixumes e somando esforços no comprometimento com a saúde do cidadão adscrito.

6 PRINCÍPIOS OPERACIONAIS

CARÁTER SUBSTITUTIVO – Como ponto positivo é o bojo da própria estratégia, que encaminha ou mal ou bem, para a tentativa de mudança de idéias, da forma de olhar para si, de se cuidar. Como ponto negativo está o arcaico, o pragmático, as dificuldades em fazer mudanças de pensamentos na coletividade ou individual, imposta de fora para dentro. Para mim as dificuldades tornam-se mais preponderantes, pois se juntam as necessidades

do dia a dia em levar a vida, os objetivos materiais que alicerça as buscas do cidadão.

ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA – Em pouco tempo que estou aqui, vejo uma boa dinâmica de vigília para novos moradores, porém existe um êxodo natural de pequena monta, mas constante, além da migração de entrada na comunidade, de novos moradores, que estão em busca de melhor atendimento médico, em vista do disse me disse que “este médico é bom”, sustentado pelas próprias informações de parentes locais.

VISITAS DOMICILIARES – Funcionando de vento em popa pela equipe de enfermagem e ACSs, recuperada e impulsionada mais ainda pela visita domiciliar feita pelo médico, com a chegada do profissional do programa Mais Médicos. É como se quisessem resgatar o tempo perdido com a zona de conforto dos médicos de família já existentes no PSF da cidade, não muito afeitos as visitas.

CADASTRAMENTO – Este ponto se inter-relaciona com a adscrição da clientela, ambos sofrem e se sustentam de forma parecida, mas merecida a boa avaliação pelo comprometimento de toda a equipe.

TRABALHO EM EQUIPE – Em 14 anos de PSF, posso dizer sem sombra de dúvidas que a interação e transdisciplinariedade, caminham muito bem. Pessoas do bem, que querem fazer o melhor, que se colocam a disposição da ajuda, assim como contam e reivindicam a ajuda sem constrangimentos. Objetivo único geral, cuidar e ajudar o usuário a aprender a se cuidar.

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE - Por hora, com o Médico do Programa Mais Médicos, se juntando a equipe que já tinha e mantém um médico na função de Médico da família, participo de uma constituição de equipe que nunca participei antes. Só posso dizer que tem sido excelente para o trabalho. Continuamos trabalhando muito, mas a angústia de se o horário de trabalho vai dar conta de toda a demanda, diminuiu muito.

ATRIBUIÇÃO DA EQUIPE – Atribuições não faltam, já mencionamos tudo anteriormente, mas o aceitamento em relação à Estratégia de Saúde da Família, ainda caminha lento, mas o esforço não me permite avaliar mal.

7 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

MODELOS ASSISTÊNCIAIS DE SAÚDE

“O Modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais.” (A.G. da Silva Junior; 2007).

MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO RIO VERDE - MG

O Município de Conceição do Rio Verde se encontra hoje sob a Gestão PABA (Programa de Atenção Básica Ampliada). O município teria que ter como porta de entrada a atenção primária de saúde, com 100% de cobertura de Equipes de Saúde da Família (ESF), com atendimento voltado para a assistência preventiva de saúde, com classificação de risco e agravos, acompanhando as normas operacionais básicas, o pacto de gestão e a regionalização da saúde. Infelizmente esta não é a realidade apresentada, o município conta com uma cobertura de ESF de apenas 48% da população, tornando inviável que a porta de entrada para assistência ao SUS seja a atenção primária, com priorização da prevenção e trabalhando a saúde. As ESF existentes lutam por fazer um acompanhamento e trabalho de classificação e acolhimento da população de sua área, mas com a falta de um sistema de saúde eficaz no município, o paciente fica sem um segmento assistencial, pois não há uma rede organizada e hierarquizada a ser seguida. A falta de protocolos leva a uma ineficiência organizacional e assistencial. Com esta realidade, a porta de entrada fica sendo o hospital através do serviço de pronto atendimento, uma realidade que já deveria ter sido extinta há muito tempo. A população busca diretamente a assistência ambulatorial hospitalar já com sintomas de doença, não sendo tratadas e cuidadas antes que estas doenças apareçam e se tornem muitas vezes crônicas. O encaminhamento

para a mudança de paradigmas fica muito prejudicado, fazendo com que as próprias ESF sejam vistas como no modelo assistencialista. Usuário busca a consulta com o médico de família, tal qual como sempre foi, cabendo a este, no ato da consulta, tentar que o ato médico se adeque a estratégia de saúde da família. A própria ESF, participa, por conta desta pressão que sofre da comunidade, da perpetuação em parte, desse jeito funcional esdrúxulo da Unidade, citando um exemplo por hora, a marcação de consultas, que é feita num dia específico, com a chegada das pessoas por volta das 5h da manhã e início de agendamento às 8h, sem qualquer classificação do sofrimento verbalizado ou avaliado clinicamente. Com esta ineficiência, existe uma oneração significativa no financiamento da saúde (doença). Os gastos com saúde em atenção de média e alta complexidade ultrapassam os limites dos cofres públicos, levando a um déficit financeiro e orçamentário.

8 PROCESSO DE TRABALHO

O Planejamento é necessário para organizar a implementação do processo de trabalho, esclarecer, encaminhar divisão de tarefas, assim como acompanhar a execução, coordenando e avaliando, indicando reformulações necessárias em relação aos erros cometidos, e ao aprendizado pelo feed back.

SITUAÇÕES	OBJETIVO(S) / FINALIDADES(S)	AGENTE (S)	OBJETO (S)
Realização de um grupo operativo	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar uma interação entre as pessoas - buscar soluções e estratégias - mobilizar um processo de mudança 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais de saúde da família; - Agentes políticos; - População; 	ESF
Uma campanha de vacinação	Prevenção e erradicação de doenças	- Profissionais de saúde-Vigilância epidemiológica	Vacina

Atendimento Médico da demanda espontânea	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento centrado na consulta médica - Organizar a agenda médica; - triagem de doenças 	-População	Cuidado à saúde
--	---	------------	-----------------

9 PLANO DE AÇÃO

Problema:

A estimativa mais elevada do que o conhecido de Hipertensos na população adscrita. Causada pela falta de seguir os protocolos, pela angústia do dia a dia de suas vidas particulares(dos componentes da equipe) e consciência deficiente desta equipe em seguir e entender o modelo vigilância em saúde. “Segundo estimativas de entidades sérias, uma comunidade, via de regra, está sempre mal avaliada em relação ao número de hipertensos conhecidos e aqueles realmente existentes.” (Santos, Zélia Maria de Souza Araújo; 2011).

Conseqüentemente, um número de clientes vive sem qualquer trabalho de prevenção, aumentando os risco de morbi/mortalidade. A promoção sempre pode contribuir com grande eficácia, mas é esquecida na rotina atribulada em responder a demanda da população, que vem para buscar a consulta médica ou para fazer seus preventivos e similares. As Vds dos ACSs se atinham a perguntar se vai tudo bem, se estão tomando os remédios (aqueles que são medicados), o que é muito pobre. Uma coisa leva a outra e assim, menos é feito de promoção e prevenção e mais é feito no cuidado imediato de crises. É

necessário entendimento desta problemática e já estamos somando esforços para tal. Mostrando os dados, criando informações, fazendo o diagnóstico, ou seja, clareando a realidade para que todos entendam que é preciso arregaçar as mangas em busca, buscas ativas, através dos protocolos, das atividades de campo (já implementamos o que chamamos de “PSF vai a sua rua”, atividade esta que consiste na armação de um circo, gostamos de chamar assim, com cadeiras e mesas, estandes improvisados, trabalho de promoção, prevenção, na essência, na veia, fazendo medições diversas nos grupos de risco e a audiência de suas histórias ou até estórias). O que tem trazido descoberta de velhos pacientes novos. Acho que este termo que acabo de criar já traduz bem este dilema. O apoio para termos os recursos necessários tem sido bom, a gestão tem apostado e acreditado nas nossas idéias e intenções. Não temos tido qualquer dificuldade no enfrentamento nem deste nem de outros problemas, as equipes estão empolgadas com as mudanças, com vontade de trabalhar e ajudar a diminuir os problemas, vivemos em lua de mel, só não fizemos mais uma atividade de busca (armando nosso circo), neste feriado, por que eu tinha que ler textos e fazer tarefas para esta pós. Mas posso ratificar que estamos trabalhando muito, mas não temos nos sentido cansados.

10 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

COMUNIDADE DO PSF II – CONCEIÇÃO DO RIO VERDE

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Risco Cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Drogadicção – Alcoolismo Tabagismo	Alta	6	Parcial	2
Baixo investimento na educação e cultura	Alta	5	Fora	3
Baixo investimento na saúde	Alta	5	Fora	3
Falta de saneamento Básico	Alta	4	Fora	3

RISCO CARDIO VASCULAR AUMENTADO

Comunidade do PSF II em Conceição do Rio Verde, vivendo um problema de saúde com o Risco cardiovascular aumentado. Este risco tem em sua gênese, inicialmente, a questão cultural dos hábitos alimentares e o sedentarismo. Ao longo da história da cidade e da região, pouco ou nada se fez no tocante aos investimentos nas áreas de saúde e na Educação/Cultura, desencadeando e alimentando o baixo entendimento dos direitos, deveres, o que almejar, anseios para uma vida de menos riscos, alguns diriam, para momentos felizes duradouros, freados pelas classes dominantes, que nestes assuntos também não são esclarecidos, mas que se amedrontam com as possíveis cobranças por mudanças ou com as mudanças que trarão cobranças, pois o poder estabelecido teria de ser diluído em atitudes que visassem o bem comum.

11 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

- 1) Hábitos e estilos de vida
- 2) Perfil dos profissionais de saúde na Atenção Básica
- 3) Processo de trabalho de equipe
- 4) Características sócio culturais da população

DESENHO DAS OPERAÇÕES

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida	+ Saúde Modificar estilos	Diminuir 50% de tabagistas e obesos de 1 ano	Programa de caminhadas; Uso da Rádio local; Programa p/saúde	Acesso local; Mobilização social intersetorial; Recursos áudio visuais

Perfil dos profissionais de saúde da Atenção Básica	Representações para a ESF. Apresentar perfil adequado e atribuições de cada profissional.	Melhorar entendimento de toda a equipe e consequentes atitudes profissionais para o Ato médico mais adequado ao programa	Seminários; Educação complementar; Capacitação em serviço	Informações sobre o tema; Discussão de cursos; Diagnóstico e planejamento intersetorial com encontros de profissionais.
Processo de trabalho da Equipe	Linha de cuidado; Implantar linha para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado; 10% (É uma população oscilante)	Linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado	Elaboração de projetos de linha de cuidado e protocolos; Articulação intersetorial da saúde e adesão de profissionais; Adequação de fluxos de referência e contra-referência.
Características sócio culturais da população	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	População mais informada sobre os riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população do risco cardiovascular; Campanha	Conhecimento sobre estratégias de comunicação; Articulação

			educativa na radio local; Programa nas escolas e Capacitação de profissionais	intersectorial; Organizar agenda; Mobilização social
--	--	--	--	--

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS E ANÁLISE DE VIABILIDADE

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Qualidade de vida/ + Saúde	Político: Conseguir espaço na rádio local Financeiro: Investimento financeiro para áudios visuais	Setor de comunicação social; Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
Educação profissional continuada dos ACS	Organizacional: Mobilização de educação Político: Articulação intersectorial e aprovação de projetos Financeiro: Financiamento do projeto.	Coordenação do PSF; Coordenadores de programas; Gestores locais	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária
Reorganização do Serviço	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o	Secretário de Saúde; Coordenação	Favorável	Apresentação de Projeto

	serviço. Financeiro: Recursos necessários para estruturação do serviço.	s das unidades básicas	Favorável	
--	--	------------------------	-----------	--

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS E ANÁLISE DE VIABILIDADE

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Qualidade de vida/ + Saúde	Político: Conseguir espaço na rádio local Financeiro: Investimento financeiro para áudios visuais	Setor de comunicação social; Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
Educação profissional continuada.	Organizacional: Mobilização de educação Político: Articulação intersetorial e aprovação de projetos Financeiro: Financiamento do projeto.	Coordenação do PSF; Coordenadores de programas; Gestores locais	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária
Reorganização do Serviço	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: Recursos	Secretário de Saúde; Coordenações das unidades	Favorável Favorável	Apresentação de Projeto

	necessários para estruturação do serviço.	básicas		
--	---	---------	--	--

12 PLANO OPERATIVO

Operação / Projeto	Resultados esperados	Prevenção dos agravos esperados e avaliação do tratamento dos casos atuais	Ação estratégica	Responsável	Prazo	Situação Atual
+ Saúde Modificar estilos	Diminuir 50% de tabagistas e obesos de 1 ano	Programa de caminhadas; Uso da Rádio local; Programa p/saúde. Orientações para mudança de hábitos e prevenção.	Grupos da recepção/ acolhimento mais visita domiciliar	ACS	3 meses	Em implantação
Representações para a ESF	Melhorar entendimento e consequentes atitudes profissionais para o Ato médico mais	Seminários; Educação complementar; Capacitação em serviço	Reunião de equipe. Discussão de casos.	Médico	6 meses	Em implantação

	adequado ao programa					
<p>Linha de cuidado;</p> <p>Implantar linha para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.</p>	<p>Cobertura de 90% da população com risco cardiovascular aumentado;</p>	<p>Linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado</p>	<p>Reunião de equipe; discussão de casos; grupos de apoio e acolhimento</p>	<p>Enfermeira e ACS</p>	<p>3 meses</p>	<p>Em implantação</p>
<p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.</p>	<p>População mais informada sobre os riscos cardiovasculares</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população do risco cardiovascular;</p> <p>Grupos de hiperdia;</p> <p>Visitas domiciliares;</p> <p>Campanha educativa na radio local;</p> <p>Programa nas escolas e Capacitação de profissionais</p>		<p>Grupos na recepção e Acolhimento com PSF vai à sua rua</p>	<p>3 meses</p>	<p>Em implantação</p>

13 PLANILHA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE BUSCA ATIVA (PSF VAI A SUA RUA) DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS REPRIMIDOS NA COMUNIDADE.

INDICADORES	CORTE ATUAL		EM 3 MESES		EM 6 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensos novos						
Hipertensos em descontrolado						
Hipertensos obesos						
Hipertensos Dislipidêmicos						
Hipertensos Tabagistas						
Hipertensos com 2 ou + dos fatores de risco acima						
Diabéticos novos						
Diabéticos em descontrolado						
Diabéticos obesos						
Diabéticos Dislipidêmicos						
Diabéticos Tabagistas						

Diabéticos com 2 ou + fatores de risco acima						
Hipertensos e diabéticos sem fatores de risco ou só 1						
Hipertensos e diabéticos com 2 ou + fatores de risco						

14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Maior causa mortis mundial, a doença cardiovascular é ponto fundamental na Atenção básica, lugar onde se deve partir a luta para conter essa avassaladora realidade. Sair da zona de conforto, ir a descoberta desse grupo de usuários ainda escondido, implementando uma atividade de busca ativa, a qual denominamos de PSF VAI A SUA RUA, se fez necessário. É na prevenção, no acompanhamento, na mudança de hábitos e no uso adequado da medicação, que temos certeza da diminuição da morbi/mortalidade, da melhor qualidade de vida, da maior expectativa de vida e da otimização dos gastos públicos na área de saúde.

15 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@Brasília**, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em 2015

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_aval_iacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em 2015

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em 2015

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em 2015

SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo. **Hipertensão Arterial: Um problema de saúde Pública**; Rev. Bras. Promoção. Saúde (impr.); 24(4), Out.-Dez. 2011.