

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

ANA LUIZA BARBOSA DE SOUZA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRADINHO NO MUNICÍPIO DE SÃO
FRANCISCO EM MINAS GERAIS - UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2019

ANA LUIZA BARBOSA DE SOUZA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRADINHO NO MUNICÍPIO DE SÃO
FRANCISCO EM MINAS GERAIS - UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2019

ANA LUIZA BARBOSA DE SOUZA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRADINHO NO MUNICÍPIO DE SÃO
FRANCISCO EM MINAS GERAIS - UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres soares Madureira - orientadora - UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 31 de outubro de 2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, provedor de todas as bênçãos e graças em minha vida, agradeço por me permitir realizar este estudo contribuindo com conhecimentos a serviço da população.

Aos meus pais, Jair e Marilene, por sempre apoiarem as minhas escolhas e me incentivarem em tudo.

À minha irmã, Fernanda, que divide comigo a vida e os aprendizados.

À Equipe de Saúde da Família Sobradinho, pela convivência diária, troca de experiências e ajuda mútua.

Aos amigos de profissão pela troca de saberes e por serem sempre presentes, dividindo comigo a arte e o conhecimento em prol da Medicina.

Aos amigos de uma vida, agradeço por me ampararem e viverem comigo todos os momentos e, sobretudo celebrar as conquistas.

À amiga, Jaciara, por ser sempre presente e auxiliar nas dúvidas da escrita.

O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

(Guimarães Rosa)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das manifestações mais evidentes das doenças cardiovasculares (DCV); é consideravelmente a principal causa de morte, em todos os países, com alta prevalência na população adulta. A hipertensão é um fator de risco decorrente de um estilo de vida, portanto, a avaliação do risco cardiovascular na Estratégia da Saúde da Família Sobradinho pode contribuir para adoção de intervenção na prevenção de DCV na idade adulta. O escore de Framingham é utilizado para estratificar o risco cardiovascular. O presente estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção com capacidade de ampliação e adesão ao tratamento de hipertensos assistidos pela Equipe de Saúde da Família Sobradinho, em São Francisco, Minas Gerais. A metodologia utilizada envolveu três etapas interligadas: diagnóstico situacional de saúde do território e da comunidade adscritos à equipe, pesquisa bibliográfica sobre o tema e elaboração do plano de intervenção. Os principais “nós críticos” do problema foram: hábitos de vida inadequados, falta de conhecimento a respeito da doença e ausência de estimativa de risco cardiovascular da população.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Fatores de risco. Prevenção.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is one of the most evident manifestations of cardiovascular disease (CVD); It is considerably the leading cause of death in all countries, with high prevalence in the adult population. Hypertension is a lifestyle risk factor, so the assessment of cardiovascular risk in the Sobradinho Family Health Strategy may contribute to the adoption of an intervention to prevent CVD in adulthood. The Framingham score is used to stratify cardiovascular risk. This study aimed to elaborate an intervention project with capacity to expand and adhere to the treatment of hypertensive patients assisted by the Sobradinho Family Health Team, in São Francisco, Minas Gerais. The methodology used involved three interconnected phases: situational diagnosis of health of the territory and community enrolled to the team, bibliographic research on the theme and elaboration of the intervention plan. The main “critical knots” of the problem were: inadequate living habits, lack of knowledge about the disease and lack of estimated cardiovascular risk of the population.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Risk factors. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAE	Centro de Atenção Especializada
CRASI	Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso
DCV	Doenças Cardiovasculares
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCU	Preventivo do Câncer de Colo do Útero
PPI	Programa de Pactuação Integrada
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sobradinho, por faixa etária e microárea. São Francisco – Minas Gerais. 2018.	13
Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sobradinho, por condição de saúde. São Francisco - Minas Gerais. 2018.	14
Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Sobradinho, Unidade Básica de Saúde São Francisco, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.	19
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” 1 relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Sobradinho, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.	34
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico” 2 relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Sobradinho, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.	35
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico” 3 relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Sobradinho, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade.....	12
1.3 O Sistema Municipal de Saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família Sobradinho da Unidade Básica de Saúde	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe	18
1.7 O dia a dia da equipe	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA.....	21
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	26
5.1 Estratégias de Saúde da Família	26
5.2 Atenção Primária à Saúde	26
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	27
5.4 Eventos Cardiovasculares relacionados a Hipertensão.....	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

São Francisco é um município brasileiro localizado ao norte do estado de Minas Gerais e situado às margens do Rio São Francisco. Suas coordenadas se localizam a uma latitude de 15°56' 55" sul e a uma longitude 44°51'52" oeste, estando a uma altitude de 918 metros (IBGE, 2017).

Pelo censo realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE), sua população era de 53.828 habitantes (homens: 27.658, 51,4%; mulheres: 26.170, 48,6%) e densidade demográfica de 16,27 hab/km²; em 2018 a população estimada era de 56.163 habitantes. Sua área territorial é de 3.308.100 km² (IBGE, 2017).

São Francisco tem sua economia sustentada na agropecuária, piscicultura, além do comércio entre comerciantes e serviços; a extração de gás natural está em andamento na margem do Rio São Francisco. Em 2016, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos (IBGE, 2017).

Comparado aos demais municípios do estado de Minas Gerais, a porcentagem de pessoas ocupadas em relação à população total é de 7,5%, isso coloca o município de São Francisco nas posições 310 de 853 e 688 de 853, respectivamente. Em contrapartida em relação às cidades de todo país, o município se encontra entre as posições de 3453 de 5570 e 3980 de 5570, respectivamente. Considerando os domicílios com rendas mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o município de São Francisco representa 49.2% da população nessas condições, o que o posiciona em 65 de 853 dentre as cidades do estado e 1537 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

O município de São Francisco possui esgotamento sanitário adequado em 17% de domicílios com, 86.6% de domicílios urbanos em vias públicas contam com arborização e 2.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada e contam com bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio. Com relação a outros municípios do estado, fica na posição 777 de 853, 133 de 853 e 723 de 853,

respectivamente. Quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3849 de 5570, 1836 de 5570 e 4039 de 5570, respectivamente (IBGE, 2017).

No que diz respeito à educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública obtiveram nota média de 5.4 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB); para os alunos dos anos finais, essa nota se manteve em 4.4. Contudo a posição do município em relação às outras cidades do estado altera-se conforme a nota obtida pelos alunos dos anos iniciais e anos finais, que coloca a cidade na posição 698 de 853 e 517 de 853 respectivamente (IBGE, 2017).

A taxa de escolarização foi de 97.4 em 2010, para pessoas de 6 a 14 anos. Isso posiciona o município na posição 493 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3079 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

Casos de internações são ocorrentes principalmente por diarreias e são de 0.4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 224 de 853 e 421 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1497 de 5570 e 3606 de 5570, respectivamente. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17.88 para cada 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2017).

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade de Sobradinho localiza-se em região que pertencia a um fazendeiro local, muito conhecido na cidade. Sua casa foi a primeira, posteriormente, o local passou a ser povoado.

Aspectos Socioeconômicos

O bairro Sobradinho conta com uma avenida, cerca de 14 ruas, dois becos e três vielas; possui uma característica ímpar por ter uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com relação aos demais bairros. Conta com três igrejas evangélicas e uma igreja católica; possui dois supermercados, três mercearias, cinco bares, uma escola primária e uma quadra poliesportiva. Divide uma horta comunitária com o Bairro São Luiz, e uma Unidade de Saúde da Família leva o nome do bairro, embora esteja a 1 km da primeira casa do bairro.

Uma parte importante da população trabalha de forma autônoma e irregular, recebendo, muitas vezes, um valor inferior a um salário mínimo. Há também uma parcela da população que trabalha para a prefeitura em escolas, como professores, auxiliares de educação básica e auxiliares de limpeza. Há um grande número de desempregados, mas não há estatísticas que quantifique em números esses dados.

Há água encanada e rede de esgoto em quase 100% da área de abrangência. Nas áreas onde não há saneamento básico, é feito o saneamento por fossas. A maioria das ruas do bairro não é asfaltada, o que favorece o aparecimento de doenças respiratórias (ANVISA, 2019).

Aspectos demográficos

Tabela 1 – Distribuição da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sobradinho, por faixa etária e microárea. São Francisco – Minas Gerais. 2018.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	TOTAL
< 1	07	18	13	09	10	11	68
1-4	42	42	43	39	35	45	246
5-14	108	92	124	98	99	126	647
15-19	50	71	52	43	59	62	337
20-29	98	106	97	110	113	87	611
30-39	124	108	123	91	94	103	643
40-49	78	73	63	61	44	58	377
50-59	98	45	96	43	43	29	354
60-69	35	35	27	41	31	35	204
70-79	19	06	19	16	17	22	99
≥ 80	11	13	08	10	02	03	47
TOTAL	670	609	665	561	547	581	3.633

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (Fichas A) 2018.

Os dados da tabela 1 apontam que a população com faixa etária entre 5 a 14 anos é maior do que os outros extratos, seguida da faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos. Posteriormente, tem -se a população de 20 a 29 anos. Trata-se de uma comunidade de pessoas jovens.

Aspectos epidemiológicos

A tabela 2, a seguir, apresenta os aspectos epidemiológicos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sobradinho.

Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Sobradinho, por condição de saúde. São Francisco - Minas Gerais. 2018.

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	38
Hipertensos	364
Diabéticos	70
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	40
Pessoas que tiveram AVC	25
Pessoas que tiveram infarto	15
Pessoas com doença cardíaca	101
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	74
Pessoas com hanseníase	01
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	12
Pessoas com sofrimento mental	120
Acamados	18
Fumantes	19
Pessoas que fazem uso de álcool	25
Usuários de drogas	7

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (Fichas A) 2018.

Os dados da tabela 2 confirmam a epidemiologia mundial e brasileira: o número de pessoas hipertensas é alto. Destaca-se, ainda, que em seguida tem-se pessoas com sofrimento mental.

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

13.1 Atenção Primária à Saúde

O município possui 17 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 10 alocadas na zona urbana e sete na zona rural, o que resulta em uma cobertura de 100% da população, em três unidades que comportam duas equipes. Além disso, o município conta com clínicas odontológicas localizadas na zona urbana e rural onde cada cirurgião dentista realiza as atividades odontológicas e educativas na área de saúde bucal, em suas respectivas unidades e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 2 que é composto por profissionais de nível superior de

diferentes áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, farmacêutico e assistente social

1.3.2 Média e Alta Complexidade.

Os serviços de média e alta complexidade de referência para o município correspondem aqueles contemplados pelas pactuações por meio do Programa de Pactuação Integrada (PPI), sendo as cidades de Montes Claros e Brasília de Minas os municípios de referência.

O modelo de Redes de Atenção em Saúde é predominante no município, contudo existe ainda a comunicação contínua entre a atenção primária, secundária e terciária, sendo a atenção primária o ponto central.

O acesso à atenção secundária e, muitas vezes, a terciária, é feita após o primeiro contato com a atenção primária. O médico da atenção primária é responsável por identificar os casos de maior complexidade e encaminhá-los para atendimento especializado. Além disso, os exames e medicações só são disponibilizados com pedido médico.

Quando um paciente consulta na atenção secundária, o médico envia um plano de cuidados para a atenção primária, com as condutas a serem desenvolvidas até a próxima consulta para acompanhamento. O médico da atenção primária fica responsável por executar esse plano de cuidados e quando se faz necessário que se execute mudanças nesses planos, ele encaminha novamente para a atenção secundária. No presente município de estudo essa referência e contra referência é feita no Centro de Atenção Especializada (CEAE), no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dessa forma, a atenção primária é responsável pelos cuidados continuados. Além disso, o NASF oferece atendimento de Psicóloga, Fisioterapeuta e Educador Físico. Na mesma unidade funciona a Farmácia Municipal que disponibiliza gratuitamente medicações e no caso de medicações de alto custo são solicitados na secretaria de saúde e trazidos de Janaúba para a população.

A atenção Terciária é disponibilizada no Hospital Municipal Bricio de Castro Dourado. Os exames laboratoriais, bem como Eletrocardiograma (ECG) e Raio X são disponibilizados, tanto os pedidos de urgência quanto os ambulatoriais. Os casos mais complexos são encaminhados ao Hospital Municipal de Brasília de Minas, que possui um serviço de maior complexidade. Os exames mais complexos como Tomografia e Colonoscopia são solicitados via Secretaria de Saúde e disponibilizados para realização em Montes Claros.

Na cidade ainda não é disponibilizado o Prontuário Eletrônico e ainda é feito por Prontuário de papel. Isso dificulta a comunicação entre os diferentes pontos de atenção e a atenção continuada do paciente. Antes, a maioria da população não possuía cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), com a informatização da Unidade de Saúde, foi possível disponibilizar o Cartão SUS na própria Unidade de Saúde, não sendo necessário que o paciente se desloque até a Secretária de Saúde para realizar este cadastro. Isso aumentou o número de pacientes, hoje correspondendo à maioria da população.

O Transporte em Saúde em nível ambulatorial é solicitado via Formulário na Secretária de Saúde, sendo preenchido pelo médico assistente, justificando a solicitação. Esse transporte nem sempre é concedido, devido à falta de verbas na prefeitura para pagamento do combustível. Isso dificulta o tratamento de muitos pacientes, além mesmo inviabilizando o acesso a exames e a atenção secundária por pacientes mais carentes.

1.3.3 Principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde

Os principais problemas enfrentados são a cota reduzida de exames laboratoriais, a não disponibilização de Ultrassonografia, a não disponibilização frequente de transporte dos pacientes para tratamento em outros municípios, a falta de algumas especialidades para encaminhamento pelo SUS, como: Oftalmologia, Pneumologia, Hematologia, Neurologia. Além disso, a dificuldade de comunicação entre os diferentes pontos de atenção, ficando, muitas vezes, por responsabilidade do paciente de repassar as informações.

1.4 A Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde da Equipe Sobradinho abriga uma única equipe. Foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na Avenida Arnaldo Lima. É um imóvel da prefeitura, adaptado para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. A unidade conta com três consultórios, um para médico, outro para o enfermeiro e outro para o cirurgião dentista; além disso, conta com sala de vacinas, sala de procedimentos, uma sala de triagem, um depósito, uma sala para os agentes de saúde, uma sala de computadores com acesso à internet e uma recepção. O quintal é bastante grande e pode futuramente ser usado para uma ampliação da Unidade para melhor atender a população.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. A população muitas vezes espera o atendimento no estacionamento, embaixo das árvores, o que às vezes dificulta os chamados.

A Unidade frequentemente enfrenta problemas como falta de fitas para glicosímetro, sonar, medicações para nebulização e isso consiste em um grande obstáculo para um atendimento de melhor qualidade para a população.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Sobradinho da Unidade Básica de Saúde

A Equipe de Saúde da Família (eSF) Sobradinho é composta por 14 Pessoas, sendo: uma médica, uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde (ACS): uma cirurgiã dentista, uma técnica em saúde bucal, um recepcionista, uma faxineira além de duas técnicas de enfermagem. A enfermeira está na estratégia saúde da família há três anos, assim conhece bem os problemas da população e tem um bom relacionamento com todos. Os ACS conhecem bem a área, por trabalharem há muito tempo com a população. Uma das ACS está na unidade desde a fundação e acompanhou todo o desenvolvimento da Unidade. Todos os membros são muito proativos e trabalham bem em equipe, colaborando para que seja feito um bom trabalho.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

A Unidade de Saúde funciona das 7:30 h às 11 horas e das 13:00 às 17:00; a triagem e o acolhimento são feitos a partir do início do funcionamento da Unidade. A Técnica de Enfermagem realiza a triagem e a Enfermeira o acolhimento. As consultas são realizadas de acordo com a triagem dos pacientes. Dentro desse horário de funcionamento também são realizados curativos, vacinação, pesagem e aferição de pressão.

A agenda da Unidade Básica de Saúde é marcada semanalmente. Toda sexta-feira a população procura a Unidade para marcação de consultas. Durante um turno, a enfermeira ouve atentamente as queixas da população e faz o acolhimento, distribuindo os pacientes nas vagas de consultas da semana seguinte.

1.7 O dia a dia da equipe

Alguns turnos são reservados para consultas específicas. Na quarta-feira de manhã são as consultas de pré-natal e à tarde as puericulturas. Na sexta-feira pela manhã de 15 em 15 dias realizamos grupos de educação em saúde, como HIPERDIA, grupo de Tabagistas, grupo de Planejamento Familiar, Cuidados com o Bebê e estamos planejando ampliar esses grupos para semanais e iniciarmos grupo de perda de peso e saúde do Idoso. Em situações especiais, reservamos esse turno para capacitações de acordo com a demanda da área, como combate à dengue, sinais de Hanseníase e Tuberculose, que ainda são muito prevalentes na área.

Na sexta-feira à tarde, o turno é reservado para apenas consultas de hipertensos e diabéticos onde realizamos a classificação do risco cardiovascular após cada consulta. A ideia é que, posteriormente, façamos um acompanhamento mais próximo dos pacientes que apresentam risco cardiovascular elevado.

Nos demais dias são marcadas consultas rotineiras para a população, de acordo com a necessidade. Nesses turnos são marcadas oito consultas agendadas e quatro consultas de demanda espontânea. Para essas quatro consultas de demanda espontânea, a enfermeira acolhe os pacientes e preenche as vagas de acordo com a maior urgência. Caso sejam preenchidas as 12 consultas, são atendidos apenas pacientes urgentes, muito urgentes ou emergentes de acordo com a escala de

Manchester e resolvida a demanda na UBS ou encaminhados ao hospital caso seja necessário.

A enfermeira atende consultas de Pré-Natal, Puericultura, coleta de exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU), além de realizar a marcação da agenda e o acolhimento.

As ações a serem realizadas na comunidade são decididas em reunião com toda a equipe, onde são discutidas as demandas da população e as ações que podem ser organizadas para supri-las. Algumas ações específicas são orientadas pela prefeitura, como o Projeto de Educação em Saúde nas Escolas e outras ações específicas do Município.

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

O diagnóstico situacional de saúde do território e da comunidade adscritos à Equipe de Saúde da Família Sobradinho possibilitou detectar os problemas enfrentados pela comunidade no dia a dia, conforme passamos a expor:

- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica;
- Obesidade e Síndrome metabólica;
- Verminoses.

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

Para estabelecer a ordem de prioridades dos problemas, foram utilizados os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, conforme mostra o quadro 1 (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Sobradinho, Unidade Básica de Saúde São Francisco, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão e suas comorbidades associadas.	Alta	19	Parcial	1
Obesidade e Síndrome Metabólica	Alta	05	Parcial	2
Verminoses	Alta	05	Parcial	3

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o problema priorizado na população adscrita, conforme o quadro 1, em virtude do elevado número de pacientes hipertensos com fatores de riscos associados, na eSF Sobradinho, 364 pacientes hipertensos foram registrados pela equipe de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Considerado como um grave problema de saúde pública, a HAS correlaciona-se ao histórico familiar de doença hipertensiva, e fatores de risco cardiovasculares modificáveis, fatores como sobrepeso, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias e diabetes mellitus, além disso, sua prevalência está associada às consequências sociais e econômicas (BARBOSA *et al.*, 2008; MALACHIAS *et al.*, 2016).

A estimativa, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que para o ano de 2020 as Doenças Cardiovasculares Vasculares (DCV) permanecerão como a principal causa de mortalidade devido ao aumento na longevidade (WHO, 2011).

Dessa forma, reitera-se a importância de uma estratégia eficaz a fim de minimizar a alta prevalência de HAS e suas comorbidades associadas. Utilizando uma escala que procura estimar o risco de um evento cardiovascular para pacientes em aproximadamente 10 anos - Escore de Framingham.

A mudança no estilo de vida está relacionada às alterações nos hábitos de vida como alimentação, composições nutricionais, e sedentarismo que são fatores responsáveis por provocar alterações no peso e distribuição da gordura corporal. Nesse sentido, propõem-se alterações nos hábitos de vida como intervenções que visem a prevenção de fatores de risco e comorbidades que geram o aumento do risco cardiovascular; são atitudes que transformam o histórico clínico do paciente com hipertensão arterial e proporcionam um melhor prognóstico.

Diante do exposto é relevante a adoção de instrumento que forneça uma estimativa de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV) como exemplo o escore de Framingham, que segundo o Ministério da Saúde estratifica o prognóstico e as ações a serem realizadas aos hipertensos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) BRASIL, 2014).

Refere-se a uma escala que procura estimar o risco de um evento cardiovascular para pacientes em aproximadamente 10 anos, a partir de algumas variáveis que são

levadas em consideração. No Brasil, estes fatores de riscos buscam melhorar o controle de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica reduzindo a ocorrência de desfechos graves relacionados aos mesmos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Dessa forma, reitera-se a importância desse projeto na intervenção e acompanhamento dos pacientes hipertensos assistidos na eSF Sobradinho, utilizando o Escore de Framingham, que representa uma abordagem ativa com potencial de ampliação e adesão ao tratamento, conduzindo aos resultados mais efetivos, trabalhando a prevenção de possíveis doenças coronarianas (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção com capacidade de ampliação e adesão ao tratamento de hipertensos assistidos pela Equipe de Saúde da Família Sobradinho, em São Francisco, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Melhorar o controle pressórico dos hipertensos de Sobradinho.
- Capacitar a equipe saúde da família para um melhor atendimento aos hipertensos.
- Implementar ações preventivas aos pacientes diagnosticados com HAS, a fim de reduzir o índice de prevalência.
- Utilizar o escore de Framingham como instrumento de estimativa de risco cardiovascular nos próximos 10 anos.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada na elaboração deste projeto de intervenção envolveu três etapas:

- Na primeira etapa foi realizado o diagnóstico situacional de saúde do território e da comunidade adscritos à Equipe de Saúde da Família Sobradinho por meio do método da estimativa rápida onde foram identificados os principais problemas.
- Na segunda etapa procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica sobre o tema nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e publicações do Ministério da Saúde; esta busca bibliográfica foi guiada pelos descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde: Estratégia saúde da família, Hipertensão, Fatores de risco, Prevenção.
- A terceira etapa foi a elaboração, propriamente dita, do plano de intervenção seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme orientação no módulo “Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Ressalta-se que estes três procedimentos metodológicos foram interligados.

A partir do momento em que as ações educativas forem implementadas, durante as consultas médicas, na anamnese, todos os 364 aos pacientes serão questionados acerca de conhecimento sobre fatores de risco. Para isso, será utilizado o Escore de Framingham um instrumento de ampla utilização, recomendado pela American Heart Association (AHA), pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e pelo Ministério da Saúde no Brasil. Este se baseia em um escore, a partir da análise de variáveis clínicas e laboratoriais, avaliando o risco cardiovascular em aproximadamente 10 anos e classificando o paciente em baixo, médio e alto risco de apresentar doenças cardiovasculares.

As variáveis estudadas estão associadas aos fatores de riscos identificados como: pressão arterial sistólica, colesterol total, HDL colesterol, diabetes, tabagismo e hipertensão. Também serão obtidas informações sobre fatores de risco simultâneos, como sedentarismo (considerando não sedentário o indivíduo que pratica atividades

físicas regularmente, 30 minutos por dia pelo menos 4 vezes por semana) e presença de história familiar de doenças coronariana.

Os hábitos alimentares, embora apresentem um impacto importante na redução da pressão arterial não serão avaliados neste estudo, isso se justifica pela dificuldade logística, no acompanhamento nutricional dos participantes, contudo os pacientes serão orientados sobre uma adoção de hábitos saudáveis para controle da hipertensão.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégias de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica no país, baseado nos preceitos do Sistema Único de Saúde, dessa forma a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

As práticas da ESF propõem direcionar uma atenção em especial, como foco do seu trabalho a família, desta maneira possuir ações de caráter preventivo sobre a demanda. Contudo, constitui-se de uma prática que busca a associação com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família (BRASIL, 2017; GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; FERTONANI *et al.*, 2015).

A equipe multiprofissional é composta pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde que juntos proporcionam uma melhor atenção à saúde dos usuários, atuando de forma integral e multidisciplinar (PERUZZO *et al.*, 2018).

Medeiros e Moreira (2012) ressaltam a importância da utilização dos serviços da equipe da ESF pelos indivíduos, uma vez que, este acompanhamento possibilita aos pacientes manter um maior controle de sua Pressão Arterial (PA), através das consultas, das visitas dos agentes comunitários de saúde e dos grupos de Educação em Saúde para os hipertensos. Evidenciou que a relação entre pacientes e a equipe de saúde é um fator preponderante para a manutenção da terapêutica e da busca de alternativas para as condições de saúde dos assistidos.

5.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde é discutida desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978, a proposta apresentada seria de Saúde Para Todos no Ano 2000, esta estratégia possibilitava uma maior concepção do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população (BRASIL, 1996).

Contudo, a Atenção Primária à Saúde é entendida como função central do sistema nacional de saúde, incluindo um processo permanente de assistência sanitária, que visa compreender a prevenção, promoção, cura e reabilitação como parte do processo de desenvolvimento social e econômico, responsável por envolver a cooperação com outros setores para promoção do desenvolvimento social e enfrentamento de determinantes de saúde (BRASIL, 2011).

O primeiro contato do paciente é com a atenção primária, esta por sua vez possui alta capacidade resolutive de problemas, que estes apresentam, nesse contexto a atenção primária representa uma atenção ambulatorial não especializada que é oferecida pelas unidades de saúde, reconhecidas por serem diversificadas e possuírem uma baixa densidade tecnológica (PORTELA, 2017).

A Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.19), é caracterizada por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Em sua singularidade e inserção sociocultural, a Atenção Básica, de acordo com a Portaria 2.436/MS (BRASIL, 2017, sp.), considera a pessoa, buscando:

[...] produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Organização Mundial de Saúde (OMS), relata que pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo (WHO, 2003), um fator de risco de alta prevalência que atingi cerca de 35% dos brasileiros (BRASIL, 2013).

Os pontos de corte para determinar indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é sugerido pela OMS. A partir do V Joint, publicado em 1993, o ponto de corte da HAS correspondente para pressão sistólica é igual ou acima de 140 mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

Em 1999, a OMS também orientou este mesmo ponto de corte que a V Joint. Contudo em 2003, foi publicado o VII Joint com uma nova proposta de classificação, essa necessidade surgiu, considerando que estudos demonstram que as pessoas com pressão sistólica entre 130 e 139 mmHg e/ou pressão diastólica entre 80 e 89 apresentam um risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares, sendo classificadas como pré-hipertensas. Em 2006, o Ministério da Saúde adotou os mesmos pontos de corte definidos pelo VII Joint (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O aumento prolongado da Pressão Arterial (PA) danifica os vasos sanguíneos em todo o corpo, principalmente, nos olhos, coração, rins e cérebro, dessa forma as complicações mais evidentes da hipertensão prolongada e não controlada são insuficiência visual, oclusão coronária, insuficiência renal e acidentes vasculares cerebrais. Além disso, o coração aumenta de tamanho ao ser forçado a elevar a sua carga de trabalho para bombear o sangue de forma a manter uma pressão alta constante (SMELTZER; BARE, 2009).

Diante disso, o tratamento proposto para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é feito por meio da ingestão de medicamentos anti-hipertensivos, que irão promover a redução dos níveis tensionais e dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais, assim como, mudanças nos hábitos de vida, como a adoção de hábitos saudáveis de alimentação, controle de peso, redução do consumo de álcool, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular. Este tratamento medicamentoso e o não medicamentoso dependem não só da equipe de saúde, mas também, do cliente para que se obtenham resultados satisfatórios (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A equipe multiprofissional é estabelecida por todos os profissionais que trabalham com pacientes hipertensos (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e

agentes comunitários de saúde) e que juntos proporcionam uma melhor atenção à saúde (MALACHIAS *et al.*, 2016).

As ações educativas precisam ser realizadas para os pacientes em grupos, seus familiares e a comunidade, necessitando também de ações individuais. Os trabalhadores dispõem de meios presentes como aconselhamento, educação, estimulação e acompanhamento para tentar alterar hábitos de vida que não são saudáveis e estimular a não interrupção do tratamento medicamento (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Estudos relatam que pacientes motivados pela família aderem mais ao tratamento, neste sentido entende-se que a estrutura familiar atua como facilitadora na adesão ao tratamento, em síntese, estudos elucidam que pacientes que recebem suporte emocional e ajuda de familiares, amigos ou provedores de saúde terão maiores chances de serem aderentes ao tratamento (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014; VOILS *et al.*, 2005).

O assentimento do paciente ao tratamento é fundamental para melhor manejo de condições de saúde com aspectos mais bem definidos. Para melhores ações de controle e cuidado, a aceitação da doença pelo paciente hipertenso estabelece posição importante no desenvolvimento de um melhor prognóstico da doença. Em situações diversas a negação e/ou resistência de pacientes as recomendações dos profissionais de saúde limitam a evolução do paciente (ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2013).

5.4 Eventos Cardiovasculares relacionados a Hipertensão

As doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morte no Brasil, respondendo “por 27,7% dos óbitos, atingindo 31,8% quando são excluídos os óbitos por causa externas” (BRASIL, 2016 *apud* MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2019, p.106).

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortes, sendo responsáveis por aproximadamente “20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos”, como também são as principais causas das internações hospitalares, o que justifica que o controle dos fatores de risco seja intensificado e

que seja melhorado o acesso das pessoas aos serviços de saúde (MANSUR; FAVARATO, 2012, p.756).

Neste sentido, Silva *et al.* (2019) salientam que ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, desenvolvidas na atenção básica à saúde conseguem reduzir, em curto e médio espaço, uma taxa significativa de internações cujas causas são sensíveis à atenção primária.

As doenças cardiovasculares limitam a qualidade de vida indivíduo, interferindo nas esferas físicas, sociais e de saúde, bem como nos aspectos financeiros (STEVENS *et al.*, 2018). As DCV são consideradas “o fator de maior impacto no custo das internações hospitalares no país” (MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2019, p.106).

Segundo a classificação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011), a doença cardiovascular é caracterizada por toda e qualquer alteração responsável por causar modificações na hemodinâmica do sistema circulatório, incluindo doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica, doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva.

Consequente, a HAS associa-se ao histórico familiar de doença hipertensiva, e fatores de risco cardiovasculares modificáveis como sobrepeso, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias e diabetes mellitus e sua prevalência está associada às consequências sociais e econômicas, sendo considerado um grave problema de saúde pública (BARBOSA *et al.*, 2008; MALACHIAS *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que para o ano de 2020 as Doenças Cardiovasculares Vasculares (DCV) permanecerão como a principal causa de mortalidade devido ao aumento na longevidade, outro fator importante são as mudanças inadequadas no estilo de vida e a condições socioeconômicas precárias (WHO, 2011).

No Brasil, 31% dos óbitos em 2008, foram ocorridos em virtude das DCV (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), relata que a epidemiologia das DCV apresenta o mesmo comportamento que as grandes

endemias dos séculos passados, uma vez que, as últimas décadas das 50 milhões de mortes no mundo, as DCV foram responsáveis por 30% delas.

Instrumentos de cadastros como o Plano de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes (HIPERDIA) possibilitam aos profissionais de saúde a adoção de estratégias de acordo com a realidade dos pacientes, garantindo aos mesmos uma aquisição contínua e gratuita de medicamentos e ações prescritas de acompanhamento seguindo a padronização do Ministério da Saúde, para melhor utilização dos recursos (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Portanto, o cadastro dos usuários ao HIPERDIA é uma importante iniciativa que busca proporcionar aos gestores as informações sobre a população assistida, reunindo informações sobre a magnitude dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (SILVA *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde descreve a educação em saúde com base na comunicação entre profissionais e usuários proporcionando a construção do conhecimento, além de agregar autonomia das pessoas no seu autocuidado, permite, ainda, uma discussão entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle populacional, modificando mecanismo de incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009). A ESF permite um melhor contexto quando se trata da prática de educação em saúde isso se dá por ser o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde pública e também por se fundamentar em tecnologias leves voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (MENDES, 2018).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse plano de intervenção foi elaborado para melhor atender aos pacientes hipertensos, que representam uma parte considerável da população em estudo; nesse contexto ações preventivas são utilizadas, o HIPERDIA é um exemplo de ações promovidas com o intuito de proporcionar a conscientização dos indivíduos sobre as boas práticas de educação em saúde.

O projeto foi planejado a partir do diagnóstico situacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Sobradinho. Também foram obtidas maiores informações com o uso do escore de Framingham como instrumento de avaliação de estimativa de risco para doenças cardiovasculares, estimado em aproximadamente 10 anos, a partir dessa análise, será categorizada os níveis de risco de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A equipe saúde da família Sobradinho atende 364 hipertensos que também apresentam fatores de risco para outras doenças. O consumo inadequado de alimentos como excesso de sal e açúcar é outro fator relevante nesta população. Assim como a ingestão de álcool, sedentarismo, tabagismo também compreendem os fatores de risco percebidos na população atendida pela equipe, contudo a idade é outro fator que se relaciona, uma vez que, indivíduos acima de 60 anos apresentam uma tendência maior de serem acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica.

A frequência de pacientes hipertensos corresponde a 8,46% da área de abrangência, ESF Sobradinho, que corresponde a 4300 habitantes. A obesidade e o sedentarismo são fatores de risco que potencializam para a ocorrência da hipertensão e o alto risco cardiovascular da população. Frente ao problema a equipe promove ações educativas, atividades com o NASP, tanto quanto a atividade física e orientação nutricional.

Nessa população o número de infartos e AVC compreende 15 e 25 do número de pessoas respectivamente, consequência da ausência do controle pressórico e dos fatores de risco cardiovascular associados.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Algumas causas podem estar associadas ao alto número de hipertensos nesta população: hábitos de vida inadequados como: consumo excessivo de sal, falta de atividade física, e o pouco conhecimento que as pessoas da comunidade têm sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, suas consequências e os fatores de risco para eventos cardiovasculares.

Na comunidade em estudo até o momento não se conhece o risco cardiovascular da população dos pacientes hipertensos com eventos cardiovasculares associados.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

“Nó crítico” é definido por Faria, Campos e Santos (2018, p.60) como “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. É uma causa sobre a qual se pode intervir, que a equipe tem governabilidade.

Para melhor abordagem e resolução do problema apresentado, os “nós críticos” foram selecionados:

- Hábitos de vida inadequados;
- Falta de conhecimento a respeito da doença;
- Ausência de estimativa de risco cardiovascular da população.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Selecionados os “nós críticos” do problema priorizado pela equipe, hipertensão arterial sistêmica, foram construídas as operações para enfrentamento dos mesmos, conforme mostram os quadros 2, 3 e 4.

O desenho das operações é significativo, uma vez que, se determina o que se pode realizar pela comunidade assistida. Além disso, podem-se estabelecer os gastos e os resultados a longa demanda. Quando se realiza ações educativas agendadas, tem-se a possibilidade de intervir (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

As operações estão desenhadas nos quadros 2, 3 e 4, a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” 1 relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Sobradinho, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados.
Operação	Implementar ações educativas sobre hábitos e estilo de vida.
Projeto	Saúde em foco!
Resultados esperados	Comunidade capacitada sobre os riscos cardiovasculares e hipertensão arterial: estilo e hábitos de vida saudáveis.
Produtos esperados	Ação informativa. Programa saúde na escola. Distribuição de cartilhas explicativas sobre hábitos de vida saudáveis.
Recursos necessários	Estrutural: Realizar as reuniões em horário de HIPERDIA. Cognitivo: Linguagem simples e dinâmica para a comunidade. Financeiro: Recursos para impressão de panfletos, alimentação, canetas, aparelhos para aferição de pressão, fitas para testes glicêmicos. Político: Apoio Municipal para solicitar recursos administrativos
Recursos críticos	Financeiro: Para impressão de panfletos, alimentação, canetas, aparelhos para aferição de pressão, fitas para testes glicêmicos.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto, na ESF para os profissionais de saúde e comunidade. É fundamental a reiteração entre os profissionais de saúde e comunidade acerca de ações educativas, utilizando meios sociais como igrejas associações, escolas, rádio, para divulgação dos programas assistenciais à população.
Prazo	Até dezembro de 2019
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro, médica e equipe de Saúde da ESF Sobradinho.
Processo de monitoramento e avaliação das	Avaliação a cada seis meses, em reunião de grupo, do entendimento da comunidade acerca da hipertensão arterial e

ações	do desenvolvimento do projeto.
-------	--------------------------------

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” 2 relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Sobradinho, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de conhecimento a respeito da doença.
Operação	Propiciar informações à população acerca da hipertensão arterial sistêmica, suas complicações e riscos e como se prevenir.
Projeto	Participe Já!
Resultados esperados	Comunidade informada por meio de participação ativa quanto ao entendimento da doença, tratamento, uso de medicamentos de forma adequada e alterações nos hábitos de vida.
Produtos esperados	Pacientes mais informados, mais cientes e responsáveis com o tratamento e prevenção da hipertensão. Regulação dos níveis pressóricos satisfatórios.
Recursos necessários	Organizacional: Planejamento das atividades, organizar os horários das reuniões. -Cognitivo: Linguagem simples e clara, informação sobre o tema de hipertensão. -Político: Apoio Municipal para solicitar recursos administrativos e conseguir o espaço na escola para palestra. -Financeiro: Para adquirir os recursos audiovisuais, folhetos educativos, canetas, papéis.
Recursos críticos	Financeiro: Para adquirir os recursos audiovisuais, folhetos educativos, canetas, papéis.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde. Participantes da comunidade.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto na ESF, através de reuniões com equipe de saúde.
Prazo	Até dezembro de 2019.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro, médica e equipe de Saúde da ESF Sobradinho.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A gestão é avaliada a cada seis meses pela equipe de saúde que se capacita sobre a busca ativa de pacientes com hipertensão e orientações aos usuários.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico” 3 relacionado ao problema “Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Sobradinho, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ausência de estimativa de risco cardiovascular da população.
Operações	<p>Discutir com a equipe sobre a HAS e seus fatores de riscos cardiovasculares e prevenção.</p> <p>Capacitar os profissionais de saúde a respeito da utilização do escore como ferramenta de detecção de riscos cardiovasculares da população.</p>
Projeto	Entenda - Escore de Framingham.
Resultados esperados	Ações educativas voltadas para os profissionais sobre a aplicação do escore. Maior conhecimento da equipe sobre o a HAS e seus fatores de riscos cardiovasculares.
Produtos esperados	Realização de reuniões para capacitação e acompanhamento aos profissionais de saúde.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Organizar agenda de acordo com os horários da equipe.</p> <p>Cognitivo: Informar de maneira simples e específica sobre a utilização do Escore à equipe de saúde.</p> <p>Financeiro: Recursos para impressão, papel e canetas.</p> <p>Político: Apoio Municipal para solicitar recursos administrativos.</p>
Recursos críticos	Financeiro: Recursos para impressão, papel e canetas.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto na ESF, através de reuniões com equipe de saúde.
Prazo	Até dezembro de 2019.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde e Secretário Municipal de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A demanda de monitoramento acontecerá por 2 anos por meio de acompanhamento ao prontuário dos pacientes que poderão ser realizadas por pessoas selecionadas pelo secretário de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto partiu de uma necessidade de atender aos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde da ESF do bairro Sobradinho, considerando o profissional como agente de promoção e prevenção à saúde através da educação em saúde em relação ao Escore de Framingham.

Uma das metas da equipe de saúde foi atingir uma melhor assistência aos hipertensos com objetivo de promover qualidade de vida, evitando complicações e internações desnecessárias, como consequência da doença e diminuindo os riscos de desenvolver DCV. Por meio da educação em saúde, deve-se levar em consideração o fator cultural e social de cada usuário. Ressaltando ainda a importância da adesão ao tratamento e a troca de informações efetivas. Possibilitar atividades educativas com pessoas hipertensas pode promover um ambiente de favorável à adesão ao tratamento.

Acredita-se que este plano de intervenção possa contribuir para a produção de um conhecimento que proporcione a implementação de ações capazes de atender a pacientes hipertensos, bem como produzir informações compartilhadas para uma assistência mais efetiva e uma comunidade com mais conhecimento, ciente e envolvida com seu processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. B. S.; PAZ, E. P. A.; SILVA, G. A.. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. **REME Rev min. enferm**, v. 17, n. 1, p. 47-61, 2013.

ANVISA. Agência nacional de vigilância sanitária. **Tabulador de informações de saúde. TABNET.** Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/informacoes-de-saude-tabnet-mg/>>. Acesso em: 29/05/2019.

BARBOSA, J.B. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. **Arq. Bras. Cardiol**, v.91, n.4, p.260-6, 2008.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.. BARROS, A. L. B. L.. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm.**, v.67, n.4, p.550-555, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Informações de Saúde.** Estatísticas Vitais. Brasília: MS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, n. 37), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). **Diário Oficial da União.** Brasília. 22 de setembro de 2017. Edição 183, seção 1, página 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações **Estratégicas para enfrentamento das doenças não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde, p.1-160, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde:** carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: MS; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G.. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, v.38, n. especial, p. 265-278, 2014.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

FERTONANI, H. P. *et al.*. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R.. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto -enferm**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **São Francisco**. 2017. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-francisco/panorama>> acesso em 11 de junho de 2019.

MALACHIAS, M.V.B. et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D.. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.99, n.2, p.755-761, 2012.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, v.24, n.1, p.105-114, 2019.

MEDEIROS, N. T.; MOREIRA, T. M. M.. Avaliação de risco coronariano, adesão terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2 Sup, p. 76-82, 2012.

MENDES, E. V.. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018.

PERUZZO, H. E. *et al.*. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v.22, n 4, e20170372, 2018.

PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P.. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.6, p.1731-1739, 2014.

PORTELA, G. Z.. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis** v.27, n.2, p.255-276, 2017.

SILVA, J. V. M. *et al.*. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.**, v.68, n.4, p.626-632, 2015.

SILVA, M. V. M. *et al.*. Tendências das internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde no município de Senador Canedo, Goiás, 2001-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.28, n.1, e2018110, 2019.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 1. 1133p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.101, n.6, supl.2, p.1-63, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre processos e competências para a formação em cardiologia no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 96, n. 5, p. 04-24, 2011.

STEVENS, B. *et al.*. Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arq Bras Cardiol.**,v.111, n.1, p.29-36, 2018.

VOILS, Corrine I. et al. Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 13, n. 2, p. 157-165, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global. Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and control**. WHO: Geneva, 2011.