

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

LAÍS ELIZABETH CANABARRO MARTINS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO RASTREAMENTO DE RISCO
CARDIOVASCULAR E DOENÇA RENAL CRÔNICA EM
PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA EQUIPE DE
SAÚDE LUCILA DA FONSECA, MUNICÍPIO DE TANQUE D'
ARCA, ESTADO DE ALAGOAS.**

MACEIÓ/ ALAGOAS

2019

LAÍS ELIZABETH CANABARRO MARTINS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO
RASTREAMENTO DE RISCO CARDIOVASCULAR E
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA EQUIPE DE
SAÚDE LUCILA DA FONSECA, MUNICÍPIO DE
TANQUE D' ARCA, ESTADO DE ALAGOAS**

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

Orientadora: Professora Ms. Marlene das Graças Martins

MACEIO / ALAGOAS

2019

LAÍS ELIZABETH CANABARRO MARTINS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO
RASTREAMENTO DE RISCO CARDIOVASCULAR E
DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA EQUIPE DE
SAÚDE LUCILA DA FONSECA, MUNICÍPIO DE
TANQUE D' ARCA, ESTADO DE ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Marlene das Graças Martins

Examinador 2 – Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus maiores mestres: Deus, pacientes e meus familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que fazem parte do meu caminhar.

“E se não sabeis trabalhar com amor, mas com desagrado, é melhor deixardes o trabalho e sentar-vos à porta do templo a pedir esmola àqueles que trabalham com alegria.”

Gibran Khalil Gibran

RESUMO

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, doenças como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica contribuem de maneira expressiva com o aumento dos índices de mortalidade. Além disso, essas são causas de outras doenças como Doença Renal Crônica e aumentam as chances do surgimento de Doença Cardiovascular. Diante das doenças cardiovasculares como a principal causa de óbito no mundo é evidente que o conhecimento da prevalência dos fatores de risco e a prevenção primária desses fatores constituem-se um desafio a ser enfrentado atualmente pelo Sistema Único de Saúde. O conhecimento das prevalências dos fatores de risco nos usuários cadastrados no Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus é fundamental para definir o tratamento, pois pode-se instituir medidas para minimizar os índices de mortalidade. Esse estudo objetivou rastrear os riscos cardiovasculares e as doenças renais crônicas em pacientes hipertensos e diabéticos da Equipe de Saúde Lucila da Fonseca, município de Tanque D' Arca, Estado de Alagoas. Foi realizada revisão de literatura com base de dados do Scientific Electronic Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, biblioteca virtual em saúde e plataforma do Ministério da Saúde, empregando os Descritores em Ciências da Saúde. Dessa forma, este projeto de intervenção visa auxiliar em medidas corretivas que possam melhorar a assistência à saúde nas doenças crônicas como a hipertensão, diabetes, doença renal crônica e doença cardiovascular. Trata-se da perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população, bem como, sua longevidade por meio de medidas de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade desse mal que assola a comunidade, sobrecarrega os serviços e aumentam consideravelmente os custos para o Sistema de Saúde.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Atenção primária à saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Insuficiência Renal Crônica

ABSTRACT

In Brazil and other developing countries, diseases such as Diabetes Mellitus and Hypertension Systemic contribute significantly to the increase in mortality rates. In addition, these are the causes of other diseases like Chronic Kidney Disease and increase the chances of the onset of cardiovascular disease. Faced with cardiovascular diseases as the main cause of death in the world, it is evident that the knowledge of the prevalence of risk factors and the primary prevention of these factors constitute a challenge to be faced by the Unified Health System. Knowledge of the prevalence of factors of patients enrolled in hiperdia program is fundamental to define the treatment, since it is possible to institute measures to minimize mortality rates. This study aimed to track cardiovascular risks and chronic kidney diseases in hypertensive and diabetic patients through the literature review with a data base of Scientific Electronic Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, virtual health library and platform of the Ministry of Health. Thus, this intervention project aims to contribute to corrective measures that can improve health care in chronic diseases such as hypertension, diabetes, chronic kidney disease and cardiovascular disease. It is a perspective of improving the quality of life of the population, as well as their longevity through measures of interventions capable of reducing the morbidity and mortality of this disease that plagues the community, overload services and considerably increase costs for the Health System.

Key words: Cardiovascular disease. Primary health care. Hypertension. Diabetes Mellitus. Renal insufficiency Chronic

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
HIPERDIA	O Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus
USF	Unidade Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde
DRC	Doença Renal Crônica
DCV	Doença Cardiovascular
SUS	Sistema Único de Saúde
LDL-C	Colesterol lipoproteína de baixa densidade
HDL-C	Colesterol lipoproteína de alta densidade
Hb1Ac	Hemoglobina glicada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breves informações sobre o município Tanque D' Arca.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 População e território da Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca	12
1.4 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da comunidade	12
1.5 Priorização dos problemas	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Estratégia Saúde da Família	19
5.2 Doenças cardiovasculares e Doença Renal Crônica em pacientes DM e/ou HAS	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado	23
6.2 Explicação do problema selecionado	23
6.3 Seleção dos nós críticos.....	24
6.4 Desenho das operações.....	24
6.5 Identificação dos recursos críticos	25
6.6 Análise da viabilidade do plano	26
6.7 Plano operativo do projeto “Marcha pelo Coração”	26
6.8 Gestão do plano (décimo passo).....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXO 1	31
ANEXO 2	33
ANEXO 3	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Tanque D' Arca

O município de Tanque D'Arca é uma cidade com população estimada de 6.187 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) para o ano de 2018. O município foi criado em 1962, desmembrando-se de Anadia. Localiza-se na região central do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com os municípios de Palmeira dos Índios e Mar Vermelho, ao sul com Anadia e Taquarana, a leste com Maribondo e a oeste com Belém. A área municipal ocupa 155,97 km², inserida na mesorregião do Agreste Alagoano e na microrregião de Palmeira dos Índios (IBGE, 2017).

O município possui uma estação repetidora de televisão, um jornal diário e uma biblioteca pública. Na área de justiça, o município dispõe de conselho tutelar. Na área social está ligado ao Programa Comunidade Solidário para recebimento de auxílio. Existe uma agência dos Correios na sede do município. Não há infraestrutura bancária.

As principais atividades econômicas do município são: comércio, serviços e agropecuária. Seus principais festejos são a festa da emancipação e da padroeira, Nossa senhora Mãe do Povo.

1.2 O sistema municipal de saúde

Em relação à rede de serviços de saúde o município possui os seguintes.

- Atenção Primária à Saúde com três Unidades Saúde da Família (USF), uma equipe Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nenhum Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Atenção especializada: ginecologia, cirurgia geral, cardiologia, psiquiatria e pediatria.
- Apoio Diagnóstico.

- Assistência Farmacêutica.
- Vigilância em Saúde.
- Não possui Atenção Hospitalar.

1.3 População e território da Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca

O povoado Bonito é uma comunidade, localizada na área rural de Tanque D'Arca. A economia da comunidade gira em torno da agricultura. A comunidade conta com uma creche e duas escolas de ensino fundamental. Grande parte das casas é feita de alvenaria, possui banheiro, água encanada e energia elétrica. Contudo, em nenhuma das ruas existe saneamento básico ou asfalto.

A USF Lucila da Fonseca existe há 13 anos. Em 2014, foi inaugurada a sede própria e está próxima à rua principal da comunidade. Possui uma boa estrutura física e atende as demandas locais. Possui sala de recepção, observação, três ambulatórios, uma farmácia, uma sala de triagem, uma sala de vacina, uma sala de reunião, um almoxarifado, dois banheiros para os pacientes e banheiros para funcionários e uma cozinha.

A Equipe de Saúde da Família é composta por uma médica, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e um auxiliar de saúde bucal. A unidade funciona das 7:00 horas às 16:00 horas, ininterruptamente, de segunda à sexta-feira. A partir das 7:00 horas tem início as marcações de exames e pré-consultas. A partir das 8:00 horas se iniciam os atendimentos médico, odontológico e da equipe de enfermagem.

A equipe possui programas de atendimento aos hipertensos e diabéticos, pré-natal, saúde da criança e adolescente, saúde mental, puericultura e saúde do adulto e idoso. As consultas são agendadas pelos (ACS), sendo reservado um total de cinco a seis vagas para demanda espontânea. A equipe possui boa relação com a comunidade local, pois grande parte dos ACS são moradores da comunidade.

1.4 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da comunidade

Nota-se que a infraestrutura da comunidade é precária, pois não há saneamento básico e ruas sem asfaltos. O local conta com alto índice de desemprego e pobreza. Em relação à rede de serviços de saúde, falta integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a secundária e a terciária, visto que não há hospital na cidade. Portanto, há insuficiência da continuidade de cuidado com o paciente em certos diagnósticos.

1.5 Priorização dos problemas

A partir da lista de problemas levantada foi realizada a avaliação buscando ponderar sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a síntese desta análise pode ser observada no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridades dos problemas identificados no diagnóstico das comunidades do povoado Bonito Equipe de Saúde Lucila da Fonseca, município de Tanque D' Arca, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Doenças cardiovasculares	Alta	9	Parcial	1
Diabetes Mellitus (DM) descontrolada	Alta	5	Parcial	2
Hipertensão arterial sistêmica (HAS) descontrolada	Alta	5	Parcial	2
Obesidade	Alta	4	Parcial	2
Doença Renal Crônica (DRC)	Alta	7	Parcial	2

Fonte: Equipe de Saúde Lucila da Fonseca(2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, doenças como o DM e HAS contribuem de maneira expressiva com o aumento dos índices de mortalidade (BARROS et. al., 2011). Além disso, essas são causas de outras doenças crônicas como a DRC. Observa-se que a elevada incidência de doenças crônicas e taxa de mortalidade de pessoas que possuem esse tipo de doença são problemas mundiais de saúde (PERICO; REMUZZI, 2012).

Um dos problemas para o tratamento da DRC está na falta da detecção precoce, que geralmente ocorre em uma fase mais avançada. Leva-se em consideração que a DRC na maioria dos casos é assintomática. Assim, a identificação precoce do paciente em situação de risco é o passo mais importante na redução de danos renais e, por conseguinte, na redução dos danos cardiovasculares (NICE, 2008).

Diante das doenças cardiovasculares DCV como a principal causa de óbito no mundo é evidente que o conhecimento da prevalência dos fatores de risco e a prevenção primária desses fatores constituem-se um desafio a ser enfrentado atualmente em prol do combate a estas doenças (HELLSTROM, 2006). Dessa forma, é essencial estar atento aos fatores que se relacionam à elevada incidência de eventos cardiovasculares. A prevalência de fatores de risco nos usuários cadastrados no Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus hiperdia é fundamental para identificar a sua eficiência, visto que contempla parte dos instrumentos utilizados na saúde pública para a melhoria da saúde da população.

Os problemas da unidade foram selecionados a partir do acompanhamento das consultas médicas e também da análise dos prontuários. Assim, a falta de controle dos pacientes hipertensos e diabéticos representa os principais problemas a serem resolvidos na Estratégia Saúde da Família ESF Lucila da Fonseca. Questiona-se que os pacientes do território estão descompensados pelo uso incorreto das medicações, irregularidade nas consultas de rotina e também pela falta de mudanças no estilo e hábitos de vida.

Os principais problemas encontrados no Município de Tanque D'Arca são: aumento das DCV, DM descompensada, HAS descompensada, obesidade e DRC.

Todas têm importância alta já que são fontes de agravos e aumento da mortalidade. As DCV e a DRC possuem maior urgência e prioridade em decorrência das sequelas que proporcionam e maior letalidade, além de ser consequência dos problemas de obesidade, HAS e DM (RAMOS et al., 2015).

Dessa forma, este projeto de intervenção visa auxiliar em medidas corretivas que possam melhorar a assistência à saúde nas doenças crônicas como a HAS, DM, DCV e DRC. Trata-se da perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população, bem como, sua longevidade por meio de medidas de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade desse mal que assola a comunidade, sobrecarrega os serviços e aumentam consideravelmente os custos para o Sistema de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Rastrear riscos cardiovasculares e doença renal crônica em pacientes hipertensos e diabéticos da equipe de saúde Lucila da Fonseca, município de Tanque D' Arca, estado de Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Elaborar planilha de identificação e posologia de medicações em pacientes hipertensos e diabéticos.

Identificar DRC em estágios iniciais e evitar sua progressão em pacientes hipertensos e diabéticos

Identificar os problemas prioritários em relação à prevenção da DRC.

Quantificar o risco cardiovascular, através de escore adequado e validado, dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos na área.

4 METODOLOGIA

A partir da necessidade percebida nesses meses de assistência à saúde, foi elaborada uma proposta para acompanhar o paciente hipertenso e/ou diabético, de maneira objetiva e cronológica, com informações necessárias para a adoção de condutas mais eficientes na assistência à saúde. Assim, poderá proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente e evitar-se-á, inclusive, a solicitação de exames desnecessários e onerosos para o sistema.

Este projeto foi embasado através revisão de literatura em base de dados do Scientific Electronic Library (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca virtual em saúde (BVS) e plataforma do Ministério da Saúde, usando os Descritores em Ciências da Saúde. As palavras-chave utilizadas foram: Doenças cardiovasculares. Atenção primária à saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Insuficiência Renal Crônica

Inicialmente, através do método da Estimativa Rápida realizou-se o diagnóstico de saúde do município (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O método da Estimativa Rápida tem baixo custo e temos informações necessárias a um processo de planejamento. O PES além de permitir conhecer as principais características do município, irá proporcionar também o conhecimento dos principais problemas enfrentados.

O plano de ação foi formado através dos dez passos do PES o qual foi proposto por Matus (1980; 1993) e descrito por Campos; Faria e Santos(2010) e serviu de modelo para a construção do plano de ação voltado aos problemas identificados a partir do Diagnóstico Situacional.

O primeiro passo consistiu na identificação dos principais problemas de saúde da área de abrangência em questão, bem como, os problemas relacionados a eles, suas causas e consequências. O segundo passo é a seleção dos problemas, buscando definir junto com a equipe a ordem de urgência de cada um e como fazer para enfrentá-los. No terceiro passo, foi realizada a descrição do problema selecionado. No quarto passo buscou-se explicar e entender o problema selecionado, para a partir de então, pensar em soluções para enfrentar suas causas.

O quinto passo foi selecionar o “nó crítico”, ou seja, a identificação dentre as possíveis causas do problema escolhido, aquela que seria a mais importante a ser enfrentada, a fim de impactar uma transformação no problema principal (MATUS, 1989).

O sexto passo foi o desenho das operações. A partir da explicação do problema e da identificação de suas causas, buscou-se descrever operações que pudessem atuar no enfrentamento do “nó crítico” selecionado e, além disso, estabelecer quais produtos seriam esperados, bem como, os recursos necessários para tal. O sétimo passo: a identificação dos recursos que serão consumidos em cada operação planejada (MATUS, 1989).

O oitavo passo, realizou-se a análise da viabilidade do plano, ou seja, a identificação dos atores que detém controle sobre os recursos críticos identificados na etapa anterior, uma estimativa da motivação destes, se favorável, indiferente ou contrária e, ainda, o desenho de ações voltadas à motivação destes atores. No nono passo foi elaborado o plano operativo, os responsáveis por cada tarefa, bem como e os prazos a serem executados. Por fim, o décimo passo consistiu na elaboração do modelo de gestão do plano de ação (MATUS, 1989).

A ficha de acompanhamento do paciente hipertenso e/ou diabético estará anexada ao seu prontuário e constará de três partes. A primeira terá dados de identificação do paciente, seguida de tabelas com valores de pressão arterial, glicemia e hemoglobina glicada dispostos em ordem cronológica. Na segunda, além das tabelas com os esquemas terapêuticos, também existe de forma cronológica, as modificações médicas prescritas em relação aos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e insulino terapia, bem como, as medicações gerais de uso crônico. Enfim, na terceira parte, a ficha traz as informações e exames complementares necessários para a estratificação de risco cardiovascular, de acordo com o escore de Framingham, e também acerca do estágio de doença renal crônica, de acordo com a classificação da KDIGO (2013). Ambas as tabelas para cálculo do escore e classificação ficarão anexas à ficha.

Calcula-se que o custo para a implementação das ações propostas será de cerca de R\$ 0,01 por consulta, pois a implementação depende apenas da impressão da ficha e seu correto preenchimento. Cópias das fichas finalizadas serão encaminhadas para a Secretaria de Saúde do município.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, ela aborda não só o processo de saúde-doença dos indivíduos, mas todo o seu contexto social e familiar. A ESF tem por objetivo transformar o modelo tradicional brasileiro de assistência à saúde, que segue o modelo curativista, centrado na figura do médico, em um modelo de assistência coletivo, multidisciplinar, com base na família e no contexto social onde os indivíduos vivem e trabalham (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

5.2 Doenças cardiovasculares e Doença Renal Crônica em pacientes DM e/ou HAS

Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de monitorar sua prevalência. A presença de morbidade referida é, entretanto, fortemente dependente do padrão de acesso aos serviços de saúde e aos procedimentos de diagnósticos (BARROS et. al., 2011).

No Brasil e em outros países em desenvolvimento, doenças, tais como DM e HAS contribuem de maneira expressiva com o aumento dos índices de mortalidade (BARROS et. al., 2011). Sabe-se que estas doenças são causas de outras doenças crônicas tal como, a DRC. Pacientes portadores de DM apresentam alto risco de desenvolvimento de nefropatia diabética, assim como casos graves de HAS tem um risco de lesão renal aumentado consideravelmente (RAMOS, 2008).

Com frequência, a hipertensão apresenta-se concomitante com outras doenças, destacando-se o diabetes, a obesidade e a dislipidemia, que aumentam o risco cardiovascular e facilitam o aparecimento de desfechos mais graves, como o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio. Estudos mostram que o tratamento eficaz da HAS contribui para a redução de eventos cardiovasculares, estando bem estabelecida a associação entre níveis elevados de pressão arterial,

aumento do risco de AVC e DAC. Para pessoas entre 40 a 70 anos, o acréscimo de 20mmHg na PAS dobra o risco de DCV (RAMOS, 2018).

Diabetes mellitus (DM) trata-se de uma doença de etiologia heterogênea, caracteriza-se por hiperglicemia crônica, devido à anormalidade da secreção ou da ação da insulina (BRASIL, 2018). Segundo a OMS, estima-se que 366 milhões de pessoas no mundo serão diagnosticadas com diabetes tipo 2 até 2030(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). O principal determinante de complicações do diabetes é refletido com a hemoglobina glicada (Hb1Ac) elevada.

Para evitar complicações, a American Diabetes Association (ADA) recomenda que os resultados de Hb1Ac sejam mantidos $\leq 7,0\%$ (WILLIAMS; CLOUSE; LUSTMAN, 2006). A hiperglicemia persistente, característica do Diabetes, atinge de forma significativa os indivíduos, exigindo alterações importantes em seus estilos de vida (MOREIRA et al., 2003).

O diabetes é um fator de risco cardiovascular importante e independente, mesmo após ajustamento efetuado com a variável idade, presença de hipertensão arterial, hábito de fumar, hipercolesterolemia e hipertrofia ventricular esquerda. Segundo dados obtidos no estudo de “Framingham”, a presença de diabetes dobra o risco de doença cardiovascular em homens e o triplica em mulheres (RAMOS, 2018).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) revelaram crescimento de 37% na prevalência do DM e de 15% na de HAS no país, no período de 2003 a 2008, aumento que impulsiona o consumo de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos. O tratamento medicamentoso, quando adequadamente conduzido, possibilita o controle das doenças crônicas não transmissíveis, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores dessas condições (COSTA, et. al., 2011).

Observa-se que as maiores razões para a não-adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão e diabetes refletem a falta de comunicação mais adequada entre o paciente e o médico e/ou a equipe de saúde, como também o surgimento de efeitos colaterais com o uso dos medicamentos. Por outro lado a maior aderência ao tratamento foi entre os pacientes que tiveram maior nível de

educação, acreditaram no efeito das drogas e foram encorajados pelos médicos (RAMOS, 2018).

Em relação ao conjunto de fatores de risco para as doenças cardiovasculares no Brasil, pode-se afirmar que eles são similares aos observados em qualquer outro país desenvolvido (RAMOS, 2018). É notório que DM e HAS são fatores que aumentam as chances do surgimento de (DCV). Sabe-se que as DCV constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O estudo epidemiológico de coorte, “Framingham Heart Study”, realizado com 5.209 homens e mulheres, permitiu determinar a prevalência da doença arterial coronariana (DAC) e os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento dessa doença, a saber: tabagismo, idade, sexo, HAS, DM, altos níveis de colesterol total e de colesterol lipoproteína de baixa densidade LDL-C e os baixos níveis de colesterol lipoproteína de alta densidade HDL- C (RAMOS, 2008).

Sabe-se que HAS e DM mal controladas aumentam a chance de Doença Renal Crônica (DRC). A DRC geralmente é assintomática, mas detectável, e os testes são simples. Há evidências de que o tratamento pode prevenir ou retardar a progressão da DRC, reduzir ou impedir o desenvolvimento de complicações, e reduzir o risco de DCV. No entanto, frequentemente não é reconhecido porque não existem sintomas específicos e muitas vezes, não é diagnosticada ou diagnosticada em estágio avançado (NICE, 2008). Isso dificulta o retardo na detecção da progressão da doença, o que, conseqüentemente, diminui a qualidade de vida do paciente.

A DRC resulta da redução da função de excreção dos rins, que é medido através da filtração glomerular. A creatinina é um marcador que é utilizado para indicar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Todo paciente com TFG < 60 por um período maior ou igual a 3 meses, é caracterizado como DRC (NKF, 2002). Esta doença é um ameaça para a saúde pública a nível mundial, mas o tamanho do problema provavelmente não é totalmente apreciado. Estimativas da carga global das doenças relatam que as doenças renais e do trato urinário contribuem com aproximadamente 830 000 mortes por ano, tornando-a 12ª maior causa de morte (1,4% de todas as mortes) e 17ª causa de incapacidade (PERICO; REMUZZI, 2012). Dados recentes do censo de diálise brasileiro demonstram a HAS e o DM

representam respectivamente 35% e 28% dos casos de pessoas em tratamento dialítico no país (SESSO et al., 2011).

Visando facilitar o diagnóstico da DRC, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e a National Kidney Foundation (NKF) disponibilizam ferramentas que possibilitam a realização de cálculos necessários para a identificação da doença, como, por exemplo, os cálculos para estimar a TFG propostos por Cockcroft e Gault (COCKCROFT; GAULT, 1976) e pelo estudo Modification of Diet in Renal Disease (LEVEY et. al., 1999). Porém, ainda existem problemas de acesso a ferramentas para o diagnóstico da DRC por médicos que realizam o atendimento primário de pacientes (BARROS, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “risco cardiovascular e doença renal crônica em pacientes hipertensos e diabéticos”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Observa-se que a baixa adesão ao tratamento é o principal fator para aumento do risco cardiovascular em pacientes hipertensos e diabéticos. Para ser superado, necessita de recursos financeiros, políticos e estruturais. Além disso, é necessário reforçar o acompanhamento destes pacientes e avaliar constantemente a adesão ao tratamento.

6.2 Explicação do problema selecionado

A falta de controle dos pacientes hipertensos e diabéticos representa os principais problemas a serem resolvidos na ESF Lucila da Fonseca. Nota-se que estes pacientes estão descompensados em função da irregularidade das medicações, frequência às consultas periódicas e falta de adesão às mudanças de estilo de vida. Sabe-se que as políticas públicas influenciam nos hábitos de vida da população como: sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo. Além disso, sociedades menos desenvolvidas tem menor nível de conhecimento sobre os riscos e direitos sociais, além de apresentar maior taxa de desemprego e violência (BARROS, 2011).

Observa-se que a elevada incidência de doenças crônicas e taxa de mortalidade de pessoas que possuem esse tipo de doença são problemas mundiais de saúde. Nota-se que DM e HAS contribuem de maneira expressiva com o aumento dos índices de mortalidade. Além disso, estas são causas de outras doenças crônicas tal como a DRC (BARROS, 2011).

Diante das DCV como a principal causa de óbito no mundo, é evidente que o conhecimento da prevalência dos fatores de risco e a prevenção primária desses fatores constituem-se um desafio a ser enfrentado atualmente em prol do combate a estas doenças (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é essencial estar atento aos fatores que se relacionam à elevada incidência de eventos cardiovasculares. A prevalência de fatores de risco nos usuários cadastrados no HIPERDIA é fundamental para identificar a sua eficiência, visto que contempla parte dos instrumentos utilizados na saúde pública para a melhoria da saúde da população e minimizar o risco de invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e aumento da mortalidade.

6.3 Seleção dos nós críticos

A escolha do nó crítico enfocando na má adesão ao tratamento decorre dos dados colhidos através do Diagnóstico situacional da área. Observa-se que a má adesão ao tratamento exerce influência no controle, prevalência e complicações associadas ao DM e a HAS. Este nó crítico, para ser superado, necessita dos mais diversos tipos de recursos como, por exemplo, estruturais, financeiros e políticos.

Reforça-se a importância de acompanhamento destes pacientes e sua adesão ao tratamento com vistas ao controle da doença e prevenção de complicações, são medidas efetivas que podem ser alcançadas com base em um bom planejamento e trabalho em equipe.

Sendo assim foi idealizado um Plano de Ação que visa estimular a adesão ao tratamento dos pacientes com DM e/ou HAS, para que sejam controladas e proporcione uma melhor qualidade de vida ao paciente.

6.4 Desenho das operações

Observa-se que a baixa adesão ao tratamento é o principal nó crítico que interfere no aumento do risco cardiovascular em pacientes hipertensos e diabéticos. Este nó crítico, para ser superado, necessita de recursos financeiros, políticos e

estruturais. Além disso, é necessário reforçar o acompanhamento desses pacientes e avaliar constantemente a adesão ao tratamento.

A seguir apresentamos a síntese das operações que foram estruturadas como forma de atender ao nó crítico selecionado (Quadro 2).

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “risco cardiovascular e doença renal crônica em pacientes hipertensos e diabéticos” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca, do município Tanque D’Arca, estado de Alagoas

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Baixa adesão ao tratamento	Pró saúde	Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, medicamentoso. Mudanças nos hábitos e estilo de vida.	Programa de adesão ao tratamento e prevenção dos problemas cardiovasculares.	Estrutural: profissionais para acompanhamento periódico dos pacientes; Cognitivo: capacitação e atualização da equipe acerca do tema; Financeiro: recursos para compra de medicamentos e realização de exames; Político: realização de campanhas de conscientização.

Fonte: Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca (2019)

6.5 Identificação dos recursos críticos

A partir da operação traçada, uma análise dos recursos necessários foi efetuada como se observa a seguir.

- Estrutural: unificar o quadro de funcionários da equipe para melhorar o acompanhamento dos pacientes.
- Cognitivo: realização de cursos de capacitação, oficinas e seminários com a equipe de saúde, para que a mesma esteja atualizada sobre a doença e suas implicações na saúde do indivíduo.
- Financeiro: articular a possibilidade de obtenção de verbas para compra de materiais como medicações e insumos necessário para avaliação médica.
- Político: organizar campanhas de conscientização e divulgação na rádio local.

6.6 Análise da viabilidade do plano

O passo seguinte foi uma análise de viabilidade do plano, identificando, além dos recursos críticos as ações estratégicas necessárias (Quadro 3).

Quadro 3 - Análise da viabilidade do plano do projeto “marcha pelo coração” relacionado ao problema “risco cardiovascular e doença renal crônica em pacientes hipertensos e diabéticos” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca, do município Tanque D’Arca, estado de Alagoas.

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Marcha pelo Coração	Estrutural: contratação de mais funcionários.	Município Secretário de Saúde	Contrária	Apresentar o projeto. Buscar apoio da comunidade.
	Cognitivo: buscar parcerias com Ministério Público.	Entidades de classe	Favorável	Apresentar o projeto.
	Financeiro: financiar exames laboratoriais	Secretário de saúde	Indiferente	Apresentar o projeto.
	Político: articulação intersetorial	Secretário de saúde	Favorável	Apresentar o projeto. Buscar apoio da associação de moradores.

Fonte Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca (2019)

6.7 Plano operativo do projeto “Marcha pelo Coração”

Na sequência as ações estratégicas para cada resultado esperado foram identificadas, bem como seus responsáveis e prazo para execução (Quadro 4).

Quadro 4 - Plano operativo do projeto “marcha pelo coração” relacionado ao problema “risco cardiovascular e doença renal crônica em pacientes hipertensos e diabéticos” na população sob

responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca, do município Tanque D'Arca, estado de Alagoas.

Operação/ Projeto	Resultados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Marcha pelo coração.	Melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento; Mudança de estilo de vida tanto	Grupo operativo	Equipe da estratégia saúde da família	Seis meses

Fonte: Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca(2019)

6.8 Gestão do plano (décimo passo)

Para finalizar foi feita uma planilha com as ferramentas para o acompanhamento da execução do projeto (Quadro 5).

Quadro 5 - Planilha para acompanhamento do projeto “Marcha pelo coração” relacionado ao problema “risco cardiovascular e doença renal crônica em pacientes hipertensos e diabéticos” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca, do município Tanque D'Arca, estado de Alagoas.

Operação/ Projeto	Resultados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Marcha pelo coração.	Melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento; Mudança de estilo de vida tanto	Grupo operativo	Equipe da estratégia saúde da família	Seis meses

Fonte: Equipe de Saúde da Família Lucila da Fonseca (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o paciente que recebe uma terapêutica correta, controlando os níveis pressóricos e glicêmicos de maneira satisfatória, conforme o estabelecido pelos consensos e diretrizes, terá consideravelmente menos chances de sofrer algum desfecho grave no futuro, em especial, eventos cardiovasculares e DRC terminal.

A aplicação da ficha de acompanhamento do paciente hipertenso e/ou diabético permite a sistematização do cuidado, deixando todas as informações necessárias condensadas em uma única ficha. Assim, as tomadas de conduta para cada paciente serão facilitadas, permitirão o monitoramento, avaliação e o controle.

Este projeto de intervenção visa auxiliar em medidas corretivas que possam melhorar a assistência à saúde nas doenças crônicas como a HAS, DM, DCV e DRC. Portanto, espera-se que, com a aplicação do instrumento proposto, seja possível detectar mais precocemente pacientes em risco de desenvolverem DCV e DRC avançada e assim diminuir a morbimortalidade e conseqüentemente diminuir os custos para o Sistema de Saúde.

Espera-se que todos os pacientes hipertensos e diabéticos tenham um acompanhamento mais organizado, com riscos cardiovasculares devidamente quantificados e classificados, melhor adesão ao tratamento, propiciando decisões terapêuticas mais sólidas e maiores impactos na assistência à saúde da localidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 julh. 2019.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 10 de mar. 2018.

BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; AND CÉESAR, C. L. G. **Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008**. Ciênc.Saúdecoletica [online]. 2011, vol.16, n.9, pp.3755-3768. ISSN 1413-8123.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

PERICO, N.; REMUZZI, G. Chronic kidney disease:a research and public health priority. **Nephrol Dial Transplant**.Volume 27, Issue suppl_3, October 2012, Pages iii19–iii26.

KIRSZTAJN, G. M.; FILHO, N. S.; DRAIBE, S. A.; NETTO, M.V.P.; Fernando Saldanha THOMÉ, SOUZA, E. BASTOS, M. G. Leitura rápida do KDIGO 2012. **Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica**. J BrasNefrol [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10];36(1):63-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0063.pdf>> Acesso em 24 de ago. 2018.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In. RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: Um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. P. 105-176.

RAMOS, A. L. **Prevalência de Fatores de Risco Cardiovasculares e Adesão ao Tratamento em Pacientes Cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em Unidade de Referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), - FIOCRUZ; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fortaleza, 2008. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1857 > Acesso em: 24 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES / SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2007**: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic, 168 p, 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

UNIDADE DE SAÚDE:

Nome:

Sexo:

Data de nasc.:

Prontuário:

Est. Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Naturalidade:

Residência:

Diagnóstico em (pelo menos ano):

HAS:

DM:

Comorbidades:

PARTE 1 – TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL:

DATA								
PA								

MEDICAÇÃO ANTI-HIPERTENSIVA (anotar quando houver alteração do medicamento e/ou posologia):

DATA				
MEDICAMENTO E POSOLOGIA				

MEDIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR E/OU DE JEJUM:

DATA							
GLICEMIA							

VALORES DE HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c):

DATA							
HbA1c							

MEDICAÇÃO HIPOGLICEMIANTE (incluir insulino terapia. Anotar quando alterar medicamento e/ou posologia):

DATA				
MEDICAMENTO E POSOLOGIA				

OUTRAS MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO:

DATA				
MEDICAMENTO				

E POSOLOGIA				
------------------------------	--	--	--	--

PARTE 2 – RASTREAMENTO DE RISCO CARDIOVASCULAR E DOENÇA RENAL CRÔNICA

I- DOENÇA RENAL CRÔNICA

DATA						
CREATININA						
TFG*						
ALBUMINÚRIA						
ESTÁGIO DRC**	G__A__	G__A__	G__A__	G__A__	G__A__	G__A__

*Taxa de Filtração Glomerular. **Vide legenda a seguir

II- RISCO CARDIOVASCULAR

FATORES DE ALTO RISCO (se presente, risco > 20%)

AVC PREVIAMENTE		
IAM PREVIAMENTE		
DIABETES MELLITUS		
LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO	ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO	
	HIPERTROFIA DE VENTRÍCULO ESQUERDO	
	NEFROPATIA	
	RETINOPATIA	
	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL	
	ESTENOSE DE CARÓTIDA SINTOMÁTICA	

ESCORE DE FRAMINGHAM

DATA			
IDADE			
COLESTEROL TOTAL			
HDL-C			
PA SISTÓLICA			
PONTUAÇÃO			
RISCO (%)			

ANEXO 2 – TABELA PARA CÁLCULO DO ESCORE DE FRAMINGHAM

HOMENS						MULHERES						HOMENS		MULHERES	
1						1						Total de pontos	Risco em 10 anos	Total de pontos	Risco em 10 anos
idade	pontos					idade	pontos								
20-34	-9					20-34	-7								
35-39	-4					35-39	-3								
40-44	0					40-44	0								
45-49	3					45-49	3								
50-54	6					50-54	6								
55-59	9					55-59	9								
60-64	10					60-64	10								
65-69	11					65-69	12								
70-74	12					70-74	14								
75-79	13					75-79	16								
2						2									
Colesterol Total	idade 20-39	idade 40-49	idade 50-59	idade 60-69	idade 70-79	Colesterol Total	idade 20-39	idade 40-49	idade 50-59	idade 60-69	idade 70-79				
<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0				
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1				
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1				
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2				
≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2				
3						3									
	idade 20-39	idade 40-49	idade 50-59	idade 60-69	idade 70-79		idade 20-39	idade 40-49	idade 50-59	idade 60-69	idade 70-79				
Não fumantes	0	0	0	0	0	Não fumantes	0	0	0	0	0				
Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	1				
4						4									
HDL (mg/dl)	pontos					HDL (mg/dl)	pontos								
≥60	-1					≥60	-1								
50-59	0					50-59	0								
40-49	1					40-49	1								
<40	2					<40	2								
5						5									
PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada				PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada							
<120	0	0				<120	0	0							
120-129	0	1				120-129	1	3							
130-139	1	2				130-139	2	4							
140-159	1	2				140-159	3	5							
≥160	2	3				≥160	4	6							

Grau de risco cardiovascular	Risco em 10 anos
Baixo	< 10%
Intermediário (moderado)	10-20%
Alto	> 20%

ANEXO 3 – TABELA PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA DE ACORDO COM O KDIGO 2012

				Estágios de albuminúria persistente (mg/g)		
				A1	A2	A3
				Normal a levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Severamente aumentada
				< 30	30-300	> 300
Estágios de TFG (ml/min/1.73 m ²)	1	Normal ou elevada	≥ 90	-	Monitorar	Encaminhar
	2	Redução leve	60-89	-	Monitorar	Encaminhar
	3a	Redução leve a moderada	45-59	Monitorar	Monitorar	Encaminhar
	3b	Redução moderada a grave	30-44	Monitorar	Monitorar	Encaminhar
	4	Redução severa	15-29	Encaminhar	Encaminhar	Encaminhar
5	Falência renal	< 15	Encaminhar	Encaminhar	Encaminhar	

Legenda: Verde: baixo risco (monitorar 1x/ano se presença de DRC); Amarelo: risco moderadamente aumentado (monitorar 1x/ano); Laranja: alto risco (monitorar 2 x/ano); Vermelho: risco muito alto (monitorar 3 x/ano); Vermelho escuro: risco muito alto (monitorar 4x/ano ou mais).

Na ausência de evidências de dano renal, os estágios 1 e 2 não preenchem os critérios para DRC.

TFG: Taxa de Filtração Glomerular

Fonte: Adaptado do KDIGO, 2013.¹²