

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RODRIGO FLÁVIO DA SILVA BRITO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
CONTROLE DE RISCO CARDIOVASCULAR NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA INGÁ, JUNQUEIRO - ALAGOAS**

MACEIÓ – ALAGOAS

2017

RODRIGO FLÁVIO DA SILVA BRITO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
CONTROLE DE RISCO CARDIOVASCULAR NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA INGÁ, JUNQUEIRO - ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

MACEIÓ – ALAGOAS

2017

RODRIGO FLÁVIO DA SILVA BRITO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
CONTROLE DE RISCO CARDIOVASCULAR NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA INGÁ, JUNQUEIRO - ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de maio de 2017

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela oportunidade de fazer o curso.

A minha orientadora Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

A supervisão e coordenação do Curso de Especialização de Saúde em Atenção Básica em Saúde da Família.

Não ergas alto um edifício sem fortes alicerces, se o fizeres viverás com medo.

Sabedoria persa

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta altas taxas de prevalência no Brasil, porém baixas taxas de controle. É uma doença crônica e um dos principais problemas de saúde pública mundial em uma era de sedentarismo, dieta industrializada rica em sódio e gorduras e uma epidemia de obesidade não só nos países desenvolvidos, mas em países como o Brasil. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos para a saúde pública e economia, custos esses que aumentam progressivamente com a prevalência e o baixo controle da pressão arterial. O paciente com hipertensão deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado diminuem os eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe elaborar projeto de intervenção que possibilite a melhoria do controle dos níveis pressóricos dos pacientes na área de abrangência equipe Programa Saúde da Família Ingá, por meio de identificação da população exposta a fatores de risco, ações educativas, estratificação de risco e da otimização do atendimento. Para tanto foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre o tema e assim contribuir na elaboração do projeto de intervenção. O projeto de intervenção foi elaborado segundo os passos do planejamento estratégico situacional. A partir da implementação do projeto pretende-se que com a nova abordagem dos pacientes hipertensos haja um aumento da adesão dos mesmos às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações e assim, contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Ingá.

Descritores: Hipertensão. Fatores de risco. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension has high prevalence rates in Brazil, but low control rates. It is a chronic disease and a major public health problem worldwide in an era of sedentary lifestyle, industrialized diet rich in sodium and fats and an epidemic of obesity not only in developed countries but in countries like Brazil. Cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high costs for public health and economy, which costs progressively with prevalence and low blood pressure. The patient with hypertension should be one of the priorities of Primary Care based on the premise that early diagnosis, good control and appropriate treatment decrease adverse cardiovascular events. This work proposes to elaborate an intervention project that allows the improvement of the control of the blood pressure levels of the patients in the scope area of the Ingá Family Health Program, through identification of the population exposed to risk factors, educational actions, risk stratification and optimization of the service. For this purpose, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library in order to raise the existing evidence on the subject and thus contribute to the elaboration of the intervention project. The intervention project was elaborated according to the steps of the situational strategic planning. From the implementation of the project it is intended that with the new approach of hypertensive patients there will be an increase in their adherence to changes in lifestyle and correct use of medications and thus contribute significantly to improve the health and living conditions of the population of the area covered by the Basic Health Unit Ingá.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
5.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	21
5.2 Risco cardiovascular	21
5.3 Estratégia saúde da família.....	23
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Território

O Município de Junqueiro situa-se na região centro-sul do Estado de Alagoas, limitando-se ao norte com os municípios de Limoeiro de Anadia e Campo Alegre, a sul com Teotônio Vilela e São Sebastião, a leste com Campo Alegre e Teotônio Vilela e a oeste com Arapiraca, Limoeiro de Anadia e São Sebastião, portanto na região agreste do Estado de Alagoas distante 87 km da capital (IBGE, 2010).

A grande produção do junco e sua utilização pelos moradores na fabricação de utensílios domésticos, localizados às margens da lagoa onde se constituiu o primeiro grupo populacional originou diretamente o nome do município. A exploração do junco expandiu-se e as pessoas que passavam perto da lagoa comentavam: "vamos para o Junqueiro", referindo-se ao lugar onde as famílias trabalhavam com o junco. Este local foi denominado de Distrito e chamado de Junqueiro, pela primeira vez em 1904, desmembrando-se, assim, do município de Limoeiro de Anadia (PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNQUEIRO, 2017).

O município possui área total **de** 254 km² com 23.853 habitantes e densidade demográfica de 98,66 hab/km² (IBGE, 2010). A população residente rural é de 16.033 mil e a residente na área urbana é de 7.803 habitantes. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), o município apresentava um PIB Bruto de 203.476 mil reais com renda *per capita* de R\$ 8075,47 reais.

No quadro 1 encontra-se a população de Junqueiro, dividida por faixa etária.

Quadro 1 - Dados demográficos do município de Junqueiro - Alagoas

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	81	81	162
1-4 anos	620	628	1248
5-14 anos	2124	2096	4220
15-19 anos	1247	1194	2441
20-39 anos	3839	4147	7985
40-49 anos	1338	1500	2838
50-59 anos	973	1067	2040
>60 anos	1352	1567	2919
TOTAL	11573	12280	23853

Fonte: IBGE, 2010

Os dados do quadro revelam que a população compreendida na faixa etária de 20-39 anos é significativamente maior do que as demais e trata-se de população ativa e trabalhadora.

De acordo com o Censo de 2010 (IBGE, 2010) a taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos era de 21,66% e 60,28% da população vive em situação de pobreza. O IDH médio era de 0,575. A economia é baseada na monocultura, especialmente da cana de açúcar e pecuária com agricultura de subsistência (IBGE, 2010).

1.2 Sistema Municipal de Saúde do município de Junqueira

O Hospital Municipal de Junqueiro oferece ações de média e alta complexidade. Na atenção secundária são realizadas consultas médicas especializadas no Hospital e quando necessário os pacientes são encaminhados para municípios vizinhos pois o município de Junqueiro participa de um consórcio público formado por 14 municípios, com compras de serviços em saúde e medicamentos.

A maioria dos métodos de diagnósticos, como de imagem e patologia clínica, é realizada em um laboratório de patologia clínica no próprio município. Métodos

diagnósticos de alto custo são realizados em centros especializados. A dispensação de medicamentos é feita pela Farmácia Distrital. Há também clínicas médicas particulares na região.

O município conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que é referência na área da saúde mental. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Junqueiro (2015), em relação à Atenção Primária a Saúde (APS) o município contava com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Todas, com área de abrangência definida, constituindo a porta de entrada na Atenção Básica (AB) e distribuídas nos diversos distritos sanitários.

1.3 Unidade Básica de Saúde Ingá

A Unidade Básica de Saúde situa-se no povoado Ingá. A comunidade tem acesso a correios, serviço de telefonia e uma igreja. Possui creches e escolas de ensino fundamental e médio. A Unidade Básica de Saúde do Ingá foi inaugurada há nove anos, situa-se em prédio próprio construído para abrigar a equipe nas proximidades de centro esportivo localizado no Povoado do Ingá localizado na zona rural de Junqueiro com população de 2819 habitantes.

Os dados do PSF Ingá exemplificam a realidade da comunidade. O quadro 2, mostra a infraestrutura básica das famílias do território da unidade e do município.

Quadro 2- Infraestrutura das famílias residentes no território da unidade Ingá e a do município de Junqueiro

Recursos	Famílias PSF Ingá	PSF Ingá (%)	Município (%)
Casa com tijolo	828	95,72	95,31
Energia elétrica	861	99,59	98,80
Abastecimento público de água	67	7,75	42,33
Coleta pública de lixo	483	55,84	64,26
Sistema público de esgoto	6	0,69	0,96

Filtração ou cloração domiciliar de água.	771	89,13	82,36
População com acesso a rede privada de saúde	6	0,21	1,42
Famílias cadastradas no Programa Bolsa Família	338	39,08	31,65

Observa-se pelos dados que a maior deficiência no território da unidade é de um sistema público de esgotamento sanitário de fornecimento de água tratada e essa deficiência é também no município.

Quadro 3 - Dados demográficos do território da unidade básica de saúde de Ingá

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	5	5	10
1- 4 anos	71	81	152
5 -14 anos	238	241	479
15 -19 anos	149	125	274
20 -39 anos	426	477	903
40 -49 anos	173	158	331
50 - 59 anos	137	143	280
+60 anos	183	207	390
Total	1382	1437	2819

A população concentra-se na faixa etária de 20 a 39 anos e já apresentando um aumento da população acima de 60 anos onde as doenças crônicas não transmissíveis são mais presentes.

O PSF Ingá tem 865 famílias cadastradas. Dessas, apenas 0,21% tem cobertura de plano de saúde. As afecções mais prevalentes são hipertensão arterial 11,10% e diabetes 3,12%.

O funcionamento da unidade é de 7 as 17 horas de segunda a sexta feira. A equipe de saúde conta com o apoio e uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que possui: psiquiatria, pediatria, psicologia, nutrição, fonoaudiologia,

fisioterapia e terapia ocupacional. Na unidade não contamos com prontuário eletrônico. Dispõe-se de alguns medicamentos para atendimento inicial das urgências/emergências e são utilizadas ambulâncias da prefeitura sem suporte básico de vida, quando necessárias.

A equipe de saúde da unidade básica de saúde do Ingá conta com médico (Programa Mais Médicos), um enfermeiro, três técnicas de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de saúde bucal e um cirurgião dentista. A jornada de trabalho de todos os servidores é de 40 horas semanais, exceção do médico que faz 32 horas semanais sendo que as outras 8 horas são dedicadas ao curso de especialização e atividades de aperfeiçoamento.

1.3.1 Diagnóstico situacional

Usando como fontes de dados disponíveis as fichas de produção diária e mensal da equipe de saúde do Ingá e dos dados compilados na Secretaria Municipal de Saúde de Junqueiro foi possível fazer o perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Ingá.

No quadro 4 apresenta-se por microarea alguns indicadores de saúde da área de abrangência da unidade de saúde Ingá.

Quadro 4 - Perfil epidemiológico da área de abrangência Programa de Saúde da Família do Ingá

Indicadores	micro 1	micro 2	micro 3	micro 4	micro 5	micro 6	micro 7	micro 8	micro 9	total
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	13,04	14,45	14,13	14,3	12,99	12,99	13,45	14,23	14,23	
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	36	40	37	40	36	35	35	37	36	332
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	84	84	78	86	78	85	79	84	80	738
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	34	28	33	29	38	36	33	32	30	293
Portadores de hipertensão arterial esperados	67	74	62	46	65	81	60	53	56	564
Portadores de hipertensão arterial cadastrados	46	42	41	26	37	46	34	30	32	334
Relação hipertensos esperados/cadastrados	1,45	1,76	1,51	1,77	1,75	1,76	1,75	1,76	1,75	1,76
Portadores de diabetes esperados:	21	23	24	17	28	27	27	21	25	214
Portadores de diabetes cadastrados	8	9	11	5	13	11	12	8	10	88
Relação diabéticos esperados/cadastrados	1,9	2,01	1,6	3,4	1,64	1,92	1,92	1,9	1,78	1,91

Fonte: SIAB

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica esperada no Brasil é de 21,4% da população segundo Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013); já a prevalência no Nordeste é de 19,4%. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Junqueiro (2015), 334 hipertensos estão cadastrados na unidade básica de saúde do Ingá o que significa 11,10% da população adscrita .

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de Diabetes Mellitus na população adulta em 7,6%; dados de 2010 apontam taxas mais elevadas. Estudo recente, realizado em seis capitais brasileiras, com servidores de universidades públicas, na faixa etária de 35 a 74 anos, porém com medidas laboratoriais mais abrangentes, encontrou uma prevalência de cerca de 20%, aproximadamente metade dos casos sem diagnóstico prévio. Em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (MILECH, 2015)

Ainda sobre a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE (2013) estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Município de Junqueiro, 88 diabéticos estão cadastrados, 3,12% da população do território da nossa unidade.

Pelas informações apresentadas justifica-se a elaboração do projeto de intervenção com a finalidade de melhorar o controle dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e o controle de risco cardiovascular do Programa de Saúde da Família Ingá do município de Junqueiro - Alagoas

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (MALACHIAS, 2016).

Junto com diabetes mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de doenças cardiovasculares (DCV), sendo a principal causa de morte no Brasil (MALACHIAS, 2016).

Pelos dados apresentados no quadro 5, verifica-se que as doenças do aparelho circulatório tem um peso significativo nas causas de óbitos no município de Junqueiro.

Quadro 5 - Óbitos hospitalares em Junqueiro

Causas	Óbitos
Doenças do aparelho circulatório	20 óbitos (38%)
Outras causas	32 óbitos
Total	52 óbitos

Fonte: SIAB (2015)

As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As Doenças Cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por hipertensão arterial sistêmica (HAS), de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013. Portanto, um maior controle da hipertensão na Atenção Básica tem um grande impacto nos custos econômicos para o sistema público e na morbimortalidade dos pacientes (MALACHIAS,2016).

Na realidade da equipe do PSF Ingá são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), por exemplo, são frequentes também pacientes com descompensações agudas dos níveis da pressão arterial. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também é evidente nas consultas médicas e de enfermagem. No entanto não há um monitoramento eficaz dos fatores de risco, do controle da HAS e dos agravos cardiovasculares.

Em Junqueiro, o modelo de desenvolvimento econômico e social dominante é a agricultura de subsistência e subemprego, com altos índices de analfabetismo e baixa escolaridade, baixa renda e baixo nível de informação sobre os agravos e risco cardiovascular refletem no estilo de vida da população o que é agravado pela vida política do município ser dominada por grupos tradicionais que se revezam no poder. As consequências são o sedentarismo, baixa informação sobre os fatores de risco e desconhecimento de direitos sociais.

Esses fatores socioeconômicos quando associados a fatores hereditários levam a hipertensão, diabetes, obesidade e dislipidemia e como consequência um maior risco cardiovascular.

As políticas públicas têm direto impacto sobre o modelo assistencial e, portanto, na estrutura dos serviços e processo de trabalho, um melhor acompanhamento de riscos e agravos pode melhorar a autonomia do paciente com alto risco cardiovascular diminuindo a morbimortalidade com uma abordagem multidisciplinar, levando informação ao paciente, com uma melhor identificação dos fatores de risco e com uma estratificação dos pacientes de acordo com o risco espera-se um melhor acompanhamento da HAS e maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, permitindo um controle mais eficaz da HAS em longo prazo o que justifica o projeto de intervenção proposto.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar projeto de intervenção que possibilite a melhoria do controle dos níveis pressóricos dos pacientes na área de abrangência equipe Programa de Saúde da Família Ingá.

3.2 Específicos

Identificar na população exposta os fatores de risco para ofertar ações educativas

Fazer a estratificação de risco para a otimização do atendimento.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto foram seguidas as seguintes etapas:

- Realização do diagnóstico situacional com a participação da equipe do PSF.
- Utilização do método do planejamento estratégico situacional conforme preconizado na disciplina de planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).
- Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial foi a realização do cadastramento e da estratificação de risco cardiovascular segundo o Escore de Framingham de todos esses usuários.
- Realização de uma revisão bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores:
Hipertensão.
Estratégia Saúde da Família.
Fatores de Risco

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, $PA \geq 140 \times 90$ mmHg. Associa-se com alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo (coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos), com aumento de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS, 2016).

Nesse contexto, profissionais envolvidos na produção das ações de saúde na atenção básica devem buscar uma abordagem que ultrapasse os aspectos biológicos da HAS, mas devem produzir cuidado em saúde com ações que efetivem os princípios do SUS oferecendo cuidado integral aos usuários (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

A assistência aos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica requer da equipe um foco na prevenção dos agravos cardiovasculares que são de tratamento mais dispendioso e frequentemente causam lesões permanentes nos órgãos alvos com a diminuição da qualidade de vida dos mesmos. A prevenção está diretamente relacionada com o controle dos níveis pressóricos através de tratamentos não farmacológicos e farmacológicos, os tratamentos por sua vez estão relacionados a adesão do usuário (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem atuar na prevenção, diagnóstico e no tratamento e ainda, na monitorização e controle da hipertensão arterial com foco principal na prática centrada na pessoa tanto a nível individual como coletivo (BRASIL, 2013).

5.2 Risco cardiovascular

A epidemiologia das Doenças Cardiovasculares tem o mesmo comportamento neste início de século que tinham as grandes endemias dos séculos passados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde, (OMS) nas últimas décadas das 50 milhões de mortes, as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 30% desta mortalidade, ou seja, 17 milhões de pessoas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

A implementação de programas de prevenção cardiovascular com monitorização de fatores de risco em vários países como Estados Unidos, Canadá, Finlândia, Reino Unido, Austrália e Japão, conseguiram reduzir de forma expressiva a mortalidade por doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013)

A partir deste perfil epidemiológico, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como meta a redução de 25% das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas as Doenças Cardiovasculares até o ano de 2025 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

A OMS estima que $\frac{3}{4}$ da mortalidade cardiovascular podem ser reduzidas com adequadas mudanças no estilo de vida. Um evento coronariano agudo é a primeira manifestação da doença aterosclerótica em pelo menos metade das pessoas que apresentam essa complicação. A identificação dos indivíduos assintomáticos que estão mais predispostos é essencial para a prevenção efetiva e definição das metas terapêuticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Para estimar a gravidade da doença cardiovascular (DCV), foram criados os chamados escores de risco e algoritmos baseados em análises de regressão de estudos populacionais, por meio dos quais a identificação do risco global é aprimorada substancialmente. Entre os algoritmos existentes, o Escore de Risco de Framingham, o Escore de Risco de Reynolds, o Escore de Risco Global e o Risco pelo Tempo de Vida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por quase um terço de nossos óbitos. Os principais fatores de risco para essas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e diabetes. Uma fórmula de previsão na população em geral da probabilidade de doença coronariana é calculada baseada nos resultados do Framingham Heart Study (D'AGOSTINO, 2008). De acordo com faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a

fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, é possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos (BRASIL, 2013).

A idade, o sexo, o nível pressórico arterial elevado, o tabagismo, a dislipidemia e o diabetes são sabidamente os principais fatores de risco clínicos para se desenvolver Doença Cardiovascular (DCV). A interação e o agrupamento destes fatores levaram ao desenvolvimento de uma predição, baseada na avaliação do risco de Framingham original, que pode ser utilizada por profissionais de saúde da atenção primária para avaliar o risco global de desenvolver doença cardiovascular (MALACHIAS, 2016).

A estratificação de risco clínico revisada pode ser obtida mediante submissão das informações referentes ao usuário hipertenso e classificação em pontos, os quais propiciam a estimativa do risco cardiovascular em 10 anos (morte coronariana, infarto do miocárdio, insuficiência coronariana, angina, AVC isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, DAP e insuficiência cardíaca) sem doença cardiovascular no exame de base. Os preditores utilizados são: idade, sexo, diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, colesterol total e HDL (BRASIL, 2013).

5.3 Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família foi criado em 1991, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de saúde da família integrando e ampliando as atividades dos agentes comunitários de saúde. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma proposta do Ministério da Saúde para a reestruturação da atenção primária, focada na família, entendida em seu ambiente físico e social. (MARTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

A estratégia saúde da família busca reorientar o modelo assistencial, baseando-se no trabalho de equipes multiprofissionais de saúde atuando em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis por acompanhar uma população cadastrada em um determinado território, através de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2011).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, 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 nas comunidades (BRASIL, 2011).

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, com estímulo a participação e controle social da população, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas com o objetivo de auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011)

A AB apresenta alto grau de descentralização e capilaridade, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

Faz parte do Processo de Trabalho das equipes de Atenção Básica: desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis; realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; responsabilizar-se pela população

adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Mediante isso, a ESF se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde tendo a família como centro da atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo saúde doença (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013; PORTELA; RIBEIRO, 2011). Percebe-se, portanto, a importância do trabalho dos profissionais de saúde na ESF para o desenvolvimento do processo saúde doença.

A literatura revisada demonstra a importância de se fazer o monitoramento dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, na atenção primária, a partir da classificação de risco e ainda para promoção de atividades educativas que estimule o autocuidado e o seguimento do tratamento prescrito.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde do Povoado Ingá de Junqueiro - AL foram identificados vários problemas de saúde os quais despertou o interesse da equipe que levou a realização do projeto.

Quadro 6 - Classificação de prioridades e problemas identificados no diagnóstico da comunidade Ingá

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Subdiagnóstico/subnotificação da hipertensão e diabetes.	Alta	7	Parcial	2
Falta de água encanada	Alta	5	Fora	3
Analfabetismo e baixa escolaridade	Alta	5	Fora	4

6.2 Priorização dos problemas.

Após a identificação dos problemas que afetam a comunidade e pela importância que acarreta para a população e para o sistema de saúde e a capacidade da equipe para enfrentá-los, foi identificado como prioritário a busca ativa de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica diagnosticada ou não na comunidade.

6.3 Descrição e explicação do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica constitui problema de saúde pública por estar relacionada com aumento de risco de doenças e agravos cardiovasculares. O controle do risco cardiovascular na atenção básica envolve uma série de ações de prevenção e promoção à saúde. Não há um acompanhamento dos fatores de risco e estratificação de risco na população de hipertensos cadastrada no PSF Ingá.

6.4 Seleção de nós críticos

Foram identificados os seguintes “nós críticos” no atendimento à população hipertensa e controle de risco cardiovascular no PSF Ingá:

- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Nível de informação da população deficitário.
- Estrutura imprópria dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.5 Desenho de operações

As operações foram formuladas de acordo com o quadro a seguir.

Quadro 7 – Desenho de operações para os “nós críticos” do problema do risco cardiovascular aumentado.

Nó crítico	Operação/ Projetos	Resultados esperados	Produtos	Recursos
Hábitos e estilos de vida inadequados	Campanha contra obesidade Modificar estilos de vida	Redução da obesidade e sobrepeso com redução de população com IMC>30kg/m ² em 20% em 01 ano	Campanhas de esclarecimento em rádio. Reuniões com palestras de orientação dietética por parte da nutrição na comunidade local com orientação baseada em comidas locais.	Organizacional: organização da campanha Politico: Conseguir local e mobilização social Inter setorial Financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Nível de informação deficitário.	Comunicar Saúde Aumentar o nível de informação da população quanto aos riscos e ao tratamento.	Garantir as condições para o engajamento dos pacientes, especialmente analfabetos, na própria saúde e tratamento.	Reuniões de artesanato para a confecção de caixas para organizar a medicação. Palestras frequentes sobre riscos cardiovasculares durante espera em dias de Hiperdia.	Cognitivo: conhecimento sobre as estratégias de comunicação Organizacional: organizar agenda Politico: Articulação intersetorial e mobilização social
Estrutura imprópria dos serviços	Mutirão da saúde Melhorar a estrutura do serviço com ampliação da cobertura e diminuição do subdiagnóstico/subnotificação	Garantia de medicamentos, exames previstos e consultas a população de alto risco	Anúncio em rádio; Fazer uma busca ativa por hipertensão e diabetes nas comunidade através de campanhas com mutirão de consultas médicas e exames, especialmente na população acima de 60 anos.	Políticos: Decisão de disponibilizar a estrutura e os recursos; Financeiro: Disponibilizar orçamento. Cognitivo: Elaboração adequada
Processo de trabalho inadequado	Cuidando para a saúde Implantar cuidados para risco cardiovascular aumentado com referência e contra referência	Prover 80% de cobertura para a população com risco cardiovascular aumentado	Identificar e registrar fatores de risco. Implantar protocolos de identificação e estratificação de risco cardiovascular como o escore de Framingham; Capacitação de profissionais quanto ao risco cardiovascular. Referência à nutrição e fisioterapia Organizar fluxo de atendimento de acordo com risco no Hiperdia	Cognitivo: Elaboração do projeto. Politico: Adesão de profissionais com organização intersetorial Organizacional: adequação dos fluxos.

6.6 Recursos críticos

Quadro 8 - Recursos críticos para a viabilização do plano de intervenção

Campanha contra obesidade	<p>Organizacional: Conseguir suporte de nutrição,</p> <p>Político: Conseguir espaço em rádio, conseguir espaço para reuniões.</p> <p>Financeiro: recursos para campanha educativa</p>
Comunicar Saúde	<p>Organizacional: Apoio de profissionais nas palestras.</p> <p>Político: Articulação Intersetorial</p> <p>Financeiro: Financiamento do projeto e compra de materiais</p>
Mutirão da saúde	<p>Organizacional: Conseguir a adesão de profissionais</p> <p>Político: articulação Inter setorial, oferecimento de exames e da estrutura</p> <p>Financeiro: financiamento.</p>
Cuidando para a saúde	<p>Organizacional: Conseguir adesão da equipe com capacitação de profissionais.</p> <p>Político: Suporte para a organização da equipe</p>

6.7 Análise da viabilidade do plano.

Quadro 9 - Propostas de ações para a motivação dos atores no problema

Operação/Projetos	Recursos	Controle dos recursos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Campanha contra obesidade</p> <p>Modificar estilos de vida</p>	<p>Organizacional: organização da campanha</p> <p>Político: Conseguir local e mobilização social Inter setorial</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p>	<p>Equipe</p> <p>Secretaria de saúde do município</p> <p>NASF</p>	<p>Equipe: Favorável</p> <p>Secretaria de saúde: Indiferente</p> <p>Nutrição NASF: Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto a equipe e gestão municipal</p> <p>Obter apoio de atores envolvidos</p> <p>Obter participação da comunidade</p>
<p>Comunicar Saúde</p> <p>Aumentar o nível de informação da população quanto aos riscos e ao tratamento.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre as estratégias de comunicação</p> <p>Organizacional: organizar agenda</p> <p>Político: Articulação intersetorial e mobilização social</p>	<p>Equipe</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Equipe: Favorável</p> <p>Secretaria de saúde: Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto a equipe, gestão municipal e comunidade</p> <p>Obter, através de secretaria, local para realização de reuniões.</p> <p>Obter participação da comunidade</p>
<p>Mutirão da saúde</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço com ampliação da cobertura e diminuição do subdiagnóstico/sub notificação</p>	<p>Políticos: Decisão de disponibilizar a estrutura e os recursos;</p> <p>Financeiro: Disponibilizar orçamento.</p> <p>Cognitivo: Elaboração adequada</p>	<p>Equipe</p> <p>Secretaria de saúde</p>	<p>Equipe: Favorável</p> <p>Secretaria de saúde: Contrária</p>	<p>Apresentar projeto a equipe e gestão municipal;</p> <p>Obter recursos humanos e financiamento de secretaria de saúde</p>
<p>Cuidando para a saúde</p> <p>Implantar cuidados para risco cardiovascular aumentado com referência e contra referência</p>	<p>Cognitivo: Elaboração do projeto.</p> <p>Político: Adesão de profissionais com organização intersetorial</p> <p>Organizacional: adequação dos fluxos.</p>	<p>Equipe</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto a equipe.</p> <p>Capacitar equipe</p>

6.8 Elaboração do plano operativo.

Quadro 10 - Elaboração do plano operativo relacionado ao problema.

Operação/ Projetos	Produtos	Resultados esperados	Operações estratégicas	Responsáveis	Prazos
Campanha contra obesidade Modificar estilos de vida	Campanhas de esclarecimento em rádio. Reuniões com palestras de orientação dietética por parte da nutrição na comunidade local com orientação baseada em comidas locais.	Redução da obesidade e sobrepeso com redução de população com IMC>30kg/m2 em 20% em 01 ano	Apresentar projeto a equipe e gestão municipal Obter apoio de atores envolvidos Obter participação da comunidade	Equipe de saúde Secretaria de saúde Nutricionista do NASF	Prazo: 3 meses para inicio das atividades
Comunicar Saúde Aumentar o nível de informação da população quanto aos riscos e ao tratamento.	Reuniões de artesanato para a confecção de caixas para organizar a medicação. Palestras frequentes sobre riscos cardiovasculares durante espera em dias de Hipertensão.	Garantir as condições para o engajamento dos pacientes, especialmente analfabetos, na própria saúde e tratamento.	Apresentar projeto a equipe, gestão municipal e comunidade Obter, através de secretaria, local para realização de reuniões. Obter participação da comunidade	Equipe de Saúde Secretaria de saúde	3 meses para inicio das atividades
Mutirão da saúde Melhorar a estrutura do serviço com ampliação da cobertura diminuição e do subdiagnóstico/subnotificação	Anúncio em rádio; Fazer uma busca ativa por hipertensão e diabetes nas comunidade através de campanhas com mutirão de consultas	Garantia de medicamentos, exames previstos e consultas a população de alto risco	Apresentar projeto a equipe e gestão municipal; Obter recursos humanos e financiamento de	Equipe Secretaria de saúde	6 meses para inicio das atividades

	médicas e exames, especialmente na população acima de 60 anos.		secretaria de saúde		
<p>Cuidando para a saúde</p> <p>Implantar cuidados para risco cardiovascular aumentado com referência e contra referência</p>	<p>Identificar e registrar fatores de risco</p> <p>Implantar protocolos de identificação e estratificação de risco cardiovascular como o escore de Framingham;</p> <p>Capacitação de profissionais quanto ao risco cardiovascular.</p> <p>Referência a nutrição e fisioterapia</p> <p>Organizar fluxo de atendimento acordo com risco no Hiperdia</p>	<p>Prover 80% de cobertura para a população com risco cardiovascular aumentado</p>	<p>Apresentar projeto a equipe.</p> <p>Capacitar equipe</p>	Equipe de Saúde	3 meses para inicio das atividades.

6.9 Gestão do Plano

Quadro 11 - Gestão do plano operativo relacionado ao problema.

Operação/Projetos	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Situação	Justificativa
Campanha contra obesidade Modificar estilos de vida	Redução da obesidade e sobrepeso com redução de população com IMC>30kg/m ² em 20% em 01 ano	Equipe de saúde Secretaria de saúde Nutricionista do NASF	Prazo: 3 meses para inicio das atividades .	Projeto em discussão com equipe e gestão	Necessária articulação com NASF, aguardando resposta do gestor.
Comunicar Saúde Aumentar o nível de informação da população quanto aos riscos e ao tratamento.	Garantir as condições para o engajamento dos pacientes, especialmente analfabetos, na própria saúde e tratamento.	Equipe de Saúde Secretaria de saúde	3 meses para inicio das atividades	Projeto em discussão com equipe e gestão	Necessária articulação com gestão para garantir local, transporte possível financiamento. Resistência da gestão em fornecer recursos.
Mutirão da saúde Melhorar a estrutura do serviço com ampliação da cobertura e diminuição do subdiagnóstico/subnotificação	Garantia de medicamentos, exames previstos e consultas a população de alto risco.	Equipe Secretaria de saúde	6 meses para inicio das atividades	Projeto em discussão com equipe e gestão	Necessária disposição de recursos humanos e orçamento por parte de gestão. Resistência da gestão em fornecer recursos.
Cuidando para a saúde Implantar cuidados para risco cardiovascular aumentado com referência e contra referência	Prover 80% de cobertura para a população com risco cardiovascular aumentado	Equipe de Saúde	3 meses para inicio das atividades.	Projeto discutido com equipe.	Necessária revisão de prontuários, criação de grupos operativos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que o controle da pressão arterial em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica é primordial na prevenção de doenças dos órgãos alvo. A hipertensão arterial tem uma prevalência significativa de casos assintomáticos apontando à relevância do controle dos níveis pressóricos na prevenção e promoção a saúde na população hipertensa.

Refletiu-se a necessidade de estratificar o risco cardiovascular, alterando o fluxo de atendimento com prioridade a população de alto risco e atividades educativas permitindo uma redução na morbimortalidade.

As complicações cardiovasculares da HAS, por serem passíveis de diagnóstico precoce e controle adequado, como sugerido neste plano de intervenção, podem ser prevenidas poupando tanto o paciente como o sistema de saúde do custo econômico e humano.

Os recursos necessários para implementação do projeto de intervenção proposto são principalmente organizacionais, cognitivos e econômicos sem, no entanto demandar grandes recursos financeiros ou uma grande reorganização da atenção.

A dificuldade na articulação entre os profissionais da saúde é o principal obstáculo devido a incompatibilidades de agendas e diferente objetivos de cada agente.

Apesar dos obstáculos, a implementação do plano de ação proposto tem um potencial impacto positivo no controle dos fatores de risco das doenças cardiovasculares.

Com uma maior adesão da população às mudanças de estilo de vida, uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos, o projeto contribuirá com a melhoria das condições de vida da população.

Com a proposta de intervenção espera-se alcançar um adequado controle da hipertensão arterial e seus fatores de risco e desta forma garantir qualidade de vida a comunidade.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica n. 15).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>
 Acessado em: 10 de mar de 2017

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

MILECH, A. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

D'AGOSTINO, R.B. *et al.* General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care, **Circulation**, v.117, n. 6, p. 743-753, fev 2008

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013, Disponível em:<<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>> Acesso em: 05 de Nov. de 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=270400&search=%7Cjunqueiro>>, Acesso em 05 de Nov 2016

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370 -1380, 2013.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v.107, n. (3 Supl.3), p. 1-83, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNQUEIRO, 2016. Disponível em

<<http://www.prefeiturajunqueiro.com.br/p/3/sobre-junqueiro/>> Acesso em: 15 de out de 2016.

SILVA, S.S.B.E.; COLÓSIMO, F.C.; PIERIN, A. M. G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm. USP.** v. 44, n. 2, p. 488-96, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular.** v. 101, n. 6, Supl. 2, Dez., 2013.