

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIOGO DE OLIVEIRA LOPES FERREIRA SANTOS

**Proposta de identificação, classificação e acompanhamento de
pacientes Hipertensos com controle insatisfatório dos níveis
pressóricos, sob responsabilidade da ESF 3 (equipe rosa) do
Município de Jaboticatubas, Minas Gerais.**

Confins/MG

2014

DIOGO DE OLIVEIRA LOPES FERREIRA SANTOS

Proposta de identificação, classificação e acompanhamento de pacientes Hipertensos com controle insatisfatório dos níveis pressóricos, sob responsabilidade da ESF 3 (equipe rosa) do Município de Jaboticatubas, Minas Gerais.

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

Orientadora: Patrícia da C. Parreiras

Confins/MG

2014

DIOGO DE OLIVEIRA LOPES FERREIRA SANTOS

Proposta de identificação, classificação e acompanhamento de pacientes Hipertensos com controle insatisfatório dos níveis pressóricos, sob responsabilidade da ESF 3 (equipe rosa) do Município de Jaboticatubas, Minas Gerais

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

Orientadora: Patrícia da C. Parreiras

Banca Examinadora

Prof. Patrícia da Conceição Parreiras

Aprovada em 29/11/2014

Confins/MG

2014

RESUMO

A Equipe de Saúde Rosa, com sede na unidade básica de saúde (UBS) Duarte Henrique de Freitas, localizada no centro comercial/urbano de Jaboticatubas/MG, tem uma população adstrita de 3.256 usuários, composta em sua maioria por adultos e idosos, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Um dos problemas mais importantes encontrados no Diagnóstico Situacional realizado na Unidade Básica de Saúde foi o acompanhamento inadequado dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), condição clínica multifatorial, definida por níveis elevados de Pressão Arterial (PA) que em geral resulta em lesões de órgãos alvo e aumento do risco cardiovascular. Não existe qualquer cadastro dos pacientes hipertensos da equipe Rosa ou qualquer plano de acompanhamento para esses usuários. O objetivo desse trabalho, escolhido juntamente com a equipe de saúde Rosa, é a criação de um arquivo dinâmico com o cadastro de cada paciente com HAS dentre os adstritos, incluindo identificação, classificação quanto ao risco cardiovascular, por ser esse o fator de risco mais facilmente identificável e corrigível para doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), acidente vascular encefálico (AVE), entre outras. Esse instrumento servirá como guia para o acompanhamento individualizado e escolha de intervenções preventivas como grupos de atividades educativas em saúde com esclarecimento e encorajando hábitos alimentares e comportamentais para prevenção e controle da HAS, assim como orientar a terapêutica. Esse projeto contribuirá especialmente para melhoria da qualidade de vida da população sob responsabilidade da Equipe Rosa, reduzindo agravos e promovendo saúde.

Palavras-chave: Hipertensão, classificação de risco, Risco cardiovascular, acompanhamento hipertensão, Programa Saúde da Família, atenção primária

ABSTRACT

The health team Rosa , headquartered in basic health unit (BHU) Duarte Henrique de Freitas well located in the commercial/urban center of Jaboticatubas/MG has an enrolled population of 3,256 users, composed mostly of older adults, according to the Information System of Primary Care. One of the major problems encountered has been the inadequate monitoring of patients with systemic arterial hypertension (SAH), multifactorial clinical condition defined by elevated levels of blood pressure (BP), which usually results in end organ damage and increased cardiovascular risk. No records of hypertensive patients of Rosa team or any follow-up plan for these users exist. The aim of this work, chosen with the health team Rose, is to create a dynamic file with the records of each patient with hypertension among assigned, including identification, classification as cardiovascular risk, since this is the risk factor most easily identifiable and correctable for coronary artery disease (CAD), heart failure (HF), peripheral arterial disease (PAD), cerebrovascular accident (CVA), among others. This instrument will serve as a guide for individualized ONITORING and choice of preventive interventions as groups of educational activities in health enlightening and encouraging dietary and behavioral prevention and control of hypertension, as well as a guide to therapy. This particular project will contribute to improving the quality of life of the population under the responsibility of Team Pink, reducing injuries and promoting health.

Keywords: Hypertension, Cardiovascular risk, risk rating, hypertension monitoring, Family Health Program, primary care

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DAC – Doença Arterial Coronariana

DAP – Doença Arterial Periférica

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DCV – Doença Cardiovascular

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IC – Insuficiência Cardíaca

MG – Minas Gerais

PA – Pressão Arterial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. OBJETIVOS.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
5. PLANO DE AÇÃO.....	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS	22

1 - Introdução

As doenças cardiovasculares 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. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

Atuando como médico na Equipe Rosa da Unidade Básica de Saúde (UBS) Duarte Henrique Freitas no município de Jaboticatubas/MG, verificamos que não há dados registrados sobre os usuários hipertensos, apenas números gerais do município como um todo, nem classificações de risco. A demanda encontrada pela equipe deixa a impressão de subnotificação, quando observados os números gerais. Em decorrência de sua alta prevalência, acima de 30% da população geral brasileira, e da inexistência de um plano de trabalho preventivo organizado, escolhemos a Hipertensão arterial sistêmica como problema a ser enfrentado em Jaboticatubas/MG.

O Município de Jaboticatubas está situado na Região Metropolitana de Belo Horizonte e localiza-se na região Sudeste, no Estado de Minas Gerais, na Zona Metalúrgica, microrregião de Calcários de Sete Lagoas. Localiza-se a 63 km da capital e limita-se ao norte com os municípios de Baldim, Santana do Riacho e Morro do Pilar; a leste com Itambé do Mato Dentro e Itabira; ao sul com Nova União, Taquaraçu de Minas e Santa Luzia; a oeste com Lagoa Santa, Pedro Leopoldo e Matozinhos. O acesso à cidade pode ser realizado pela rodovia MG 010 ou MG 020.

A Equipe de Saúde Rosa, responsável pela população em foco, tem como sede a Unidade Básica de Saúde (UBS) Duarte Henrique Freitas, situada no centro comercial/urbano do município. Entretanto não se pode dizer que o acesso é bom apenas pela localização, dado a extensa população rural adstrita, em torno de 50 % dos usuários.

A equipe é responsável por 3.256 usuários que vivem em Jaboticatubas. Grande parte desses moradores é residente da zona rural do município. Essa característica da cidade agrava um de seus “nós críticos” para a saúde: acessibilidade. É impossível haver um bom acompanhamento de doenças de tamanha prevalência sem que haja uma boa acessibilidade. O morador da zona rural não tem transporte coletivo adequado para a

cidade. O agendamento de consultas não pode ser feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), o que obriga o paciente a duas viagens caso necessite de uma consulta agendada.

Outro obstáculo é a falta de adesão ao tratamento ou adesão irregular: esse nó crítico não é exclusividade do nosso problema, e se resolvido ou parcialmente resolvido influenciaria positivamente em muitos aspectos além do controle da diabetes e hipertensão arterial. Muitos fatores concorrem para esse fenômeno: relação médico-paciente fraca, falta de informação clara, educação precária, condições econômicas, fornecimento inadequado de medicamentos pelo governo.

A falta de um cadastro atualizado e completo dos hipertensos/diabéticos impossibilita uma melhor organização para o acompanhamento desses pacientes: número de consultas/ano, exames de rastreio e acompanhamento. Nesse cadastro deveriam constar dados como: idade, número de medicamentos utilizados e classes, classificação da gravidade da doença, que direcionaria o acompanhamento.

Este projeto visa a criação de um (instrumento/mecanismo) arquivo dinâmico, ou seja, um banco de dados atualizados com informações essenciais para orientar tanto a terapêutica quanto a prevenção de complicações. Assim, esperamos melhorias no diagnóstico, base de dados, classificação, tratamento e acompanhamento de hipertensos sob responsabilidade da Equipe 3 do Saúde da Família, do município de Jaboticatubas/MG, com o intuito de reduzir morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida desses usuários, dado o elevado índice de complicações de saúde decorrentes dessa patologia.

Nossa equipe poderá atuar em diversos pontos para enfrentar esse problema, e provavelmente deixará um legado: mesmo que mudem os atores nesse processo, ficará um trabalho com potencial para minimizar problemas no futuro.

2 - Objetivos

Objetivo geral

- Elaborar uma proposta de identificação, classificação e acompanhamento de pacientes hipertensos com informações essenciais para orientar tanto a terapêutica quanto a prevenção de complicações dos pacientes hipertensos no município de Jaboticatubas – MG.

Objetivos específicos:

- Realizar revisão de literatura sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Risco Cardiovascular;
- Elaborar instrumento para acompanhamento dos pacientes.

3 - METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Risco Cardiovascular para posterior elaboração de um Plano de ação no sentido de reduzir complicações cardiovasculares na população adstrita à equipe Rosa de saúde da família, do município de Jaboticatubas/MG utilizando como referência básica a Seção 3 - Elaboração do Plano de Ação - do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (Campos, Faria e Santos, 2010) do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - CEABSF.

Durante o curso foi realizado um diagnóstico situacional da comunidade em foco através do qual foram identificados problemas de maior impacto na saúde da população. Por meio dessas informações, juntamente com a equipe de saúde da UBS Duarte Henrique de Freitas, a qual conta com profissionais experientes, os quais residem há anos no território em questão, foi escolhido um problema de maior relevância e passível de enfrentamento.

O levantamento bibliográfico foi realizado com os seguintes critérios de inclusão: somente publicações em português, utilizando as seguintes palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, HAS, classificação de risco, Risco cardiovascular, acompanhamento hipertensão, Programa Saúde da Família.

O período de publicação dos artigos, dissertações e teses consultadas varia de 2006 a 2013. Foram utilizadas as bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online; BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os dados do município foram coletados no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Para formular as ações de intervenção ganhou especial importância a Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica do Ministério da Saúde, publicada em 2013.

4 – Revisão de literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma morbidade quando a pressão arterial (PA) atinge níveis a partir de 140/90 mmHg. As complicações cardiovasculares decorrentes a ela são as principais causas de morte no Brasil. É o mais fácil e corrigível fator de risco identificado para a diminuição da doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico (AVE) entre outras doenças (GOLDMAN, 2012).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica do Ministério da Saúde, 2013, p. 23)

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos. (Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica do Ministério da Saúde, 2013, 3ª Ed., página 23)

Apresentamos alguns dados para demonstrar o impacto médico e social da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil e no mundo, encontrados na Revista Brasileira de Hipertensão (Revista Brasileira de Hipertensão, 2010):

- A HAS tem alta prevalência e baixa taxa de controle;
- Considerada um dos principais fatores de risco modificáveis;
- Mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA);
- No Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte;
- Em 2007 foram registrados 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto aos custos, apenas em novembro de 2009 houve 91.970 internações por DCV, gerando um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS).

Dentre os fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica destacam-se:

- **Idade:** a prevalência de HAS aumenta linearmente com a idade.
- **Gênero e etnia:** Até os 50 anos, indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência de HAS. A partir dessa faixa etária, as mulheres apresentam significativo aumento da prevalência. Indivíduos de cor não-branca apresentam prevalência 2 vezes maior.
- **Sobrepeso e obesidade:** associa-se a maior prevalência de HAS desde idades jovens.
- **Ingestão de sal:** Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade ao sal apresentam incidência 5 vezes maior de HAS em 15 anos, quando comparados àqueles com baixa sensibilidade. O quadro abaixo apresenta as principais fontes alimentares com maior teor de sódio:

Quadro 1: Fontes alimentares de maior teor de sódio:

Sal de cozinha (NaCl) e temperos industrializados;
Alimentos industrializados (Ketchup, mostarda, shoyo, caldos concentrados); Embutidos (salsicha, mortadela, linguiça, presunto, salame, paio);
Conservas (picles, azeitona, aspargo, palmito);
Enlatados (extrato de tomate, milho, ervilha);
Bacalhau, charque, carne seca, defumados;
Aditivos (glutamato monossódico) utilizados em alguns condimentos e sopas de pacote;
Queijos em geral.

Onde: NaCl = cloreto de sódio.

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial; 1998

- **Uso excessivo de bebida alcoólica:** A longo prazo, o uso de mais de 30 g/dia de álcool, associa-se a ocorrência de HAS independente de fatores demográficos.

- Sedentarismo: A atividade física regular reduz tanto a incidência de HAS como o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV).

Para estratificar os adultos em grupos de risco utilizaremos as tabelas a seguir com fatores de risco (FR) adicionais:

Tabela 1 – Escore de Framingham revisado para homens:

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		SIM
4			280+		140-159	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Linha guia de hipertensão arterial sistêmica, 2013

Tabela 2 – Escore de Framingham revisado para mulheres:

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo Diabetes	
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	SIM	
4	40-44		240-279	150-159			SIM
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Linha guia de hipertensão arterial sistêmica, 2013

Tabela 3 – Estimativa do risco cardiovascular para homens:

Pontos	Risco cardiovascular % (10 anos)
Menor ou igual a -3	<1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,5
16	25,3
17	29,4
18+	maior que 30

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Linha guia de hipertensão arterial sistêmica, 2013

Tabela 4 – Estimativa do risco cardiovascular para mulheres:

Pontos	Risco % (10 anos)
Menor ou igual -2	<1
-1	1
0	1,2
1	1,5
2	1,7
3	2
4	2,4
5	2,8
6	3,3
7	3,9
8	4,5
9	5,3
10	6,3
11	7,3
12	8,6
13	10
14	11,7
15	13,7
16	15,9
17	18,5
18	21,5
19	24,8
20	28,5
21 ou mais	>30

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Linha guia de hipertensão arterial sistêmica, 2013

Tabela 5 – Estimativa do Risco Cardiovascular

Estratificação	Critério (Framingham revisado)
HAS de baixo risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular menor que 10% em 10 anos. Pontos: 2 a 10.
HAS de moderado risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular entre 10% a 20% em 10 anos. Pontos: 11 a 14.
HAS de alto risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos. Pontos: 15 a 18+.

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2012 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Nos últimos séculos houve uma mudança drástica no perfil de morbimortalidade, resultando em um predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Dentre essas, destaca-se como maior causa de morte no Brasil a DCV (número estimado de hipertensos e diabéticos no Brasil: 27.000.000 (Cadernos de atenção básica nº14 – Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular Cerebrovascular e Renal do Ministério da Saúde, 2006, pg 8). Essa DCNT está associada a várias condições clínicas silenciosas ou assintomáticas, além de vários fatores de risco intimamente ligados a hábitos de vida.

A maior parte das medidas para reduzir a exposição a fatores de risco para DCV encontram-se em ações de prevenção, a saber: educação alimentar, exercícios regulares, evitar alcoolismo e tabagismo, perda de peso para obesos, combate a fatores estressores, atitudes essas que também devem ser estimuladas no tratamento. Além disso, para prevenção e tratamento precoce das condições clínicas desfavoráveis à DCV faz-se necessário uma abordagem diagnóstica direcionada para detectar esses fatores de risco e outros por meio de entrevista bem feita, exame clínico e exames complementares.

Devido às características do tratamento e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que exigem medidas multissetoriais com participação de vários profissionais da área de saúde foi adotada a estratégia Saúde da Família como política prioritária em atenção básica, uma vez que sua conformação e processo de trabalho compreendem as condições mais favoráveis a essas medidas.

A aplicação da estratégia Saúde da Família por meio de equipe multidisciplinar constitui medida fundamental na abordagem da HAS, tanto na prevenção quanto no tratamento. Entretanto é importante determinar a intensidade das intervenções no sentido de além de melhorar a qualidade de vida do usuário, tornar o tratamento mais custo-efetivo. Para isso faz-se necessário utilizar uma classificação que considere a probabilidade estimada da doença e a intensidade dos fatores de risco.

5. Plano de Ação

Como os dados coletados no diagnóstico situacional não se aplicam a um manejo adequado de acompanhamento dos pacientes hipertensos na ESF 3 (equipe Rosa), definimos as seguintes ações para implantação do projeto de intervenção:

- 1) Elaboração de ficha de cadastro objetiva, pelo médico e enfermeiro, com informações relevantes à classificação dos pacientes e ao estabelecimento de plano terapêutico: idade, sexo, medicamentos em uso, comorbidades, lesões de órgãos alvo e classificação de risco (estimativa do risco cardiovascular, Framingham revisado).
- 2) Busca ativa de pacientes hipertensos e em situação de risco, a ser realizada pelos ACSs em suas respectivas microáreas. Para isso, esses profissionais receberão treinamento em reuniões de equipe, nas quais serão orientados pelo médico e enfermeiro a reconhecer hipertensos ou indivíduos em risco cardiovascular.
- 3) Identificação e classificação dos pacientes (estratificação de risco) em consultas com enfermeiro ou médico.
- 4) Melhoria da acessibilidade por meio de marcações de consultas feitas pelos próprios ACSs ou por telefone, evitando dessa forma a necessidade de duas viagens para os usuários da zona rural. Medida importante no sentido de garantir a equidade do atendimento, a qual demanda mais discussão entre a equipe e profissionais administrativos para implantação.
- 5) Após cadastro adequado, o próximo passo é organizar a demanda de acordo com a necessidade de cada usuário para seguimento compatível com a gravidade de seu caso. Isso será feito a partir da análise dos prontuários destes pacientes (história de saúde).
- 6) Como grande parte dos fatores de risco para HAS são corrigíveis (tabagismo, sedentarismo, dieta, ingestão de álcool) iremos trabalhar com grupos para educação em saúde com palestras e grupos operativos. Além da escolha mais adequada para essas ações, o arquivo atualizado dos pacientes possibilitará um plano terapêutico individualizado de acordo com a necessidade de intervenções para cada usuário resultado de sua classificação quanto ao risco cardiovascular.

Tabela 6 - Plano de Ação:

Ações	Atores sociais	Metas	Recursos	Cronograma	Acompanhamento e avaliação
1 – Elaboração da Ficha de cadastro	Médico e enfermeiro	Elaborar ficha de cadastro de pacientes com HAS	Pessoal	2 meses	
2 – Realizar Busca ativa dos pacientes com HAS	ACSs	Identificar usuários com HAS e casos potenciais	Pessoal	3 meses	Identificação de cerca de 800 (prevalência aproximada para população em avaliação) usuários hipertensos ou em risco
3 – Preenchimento da ficha de cadastro	Médico e enfermeiro	Cadastro de 100 % dos pacientes da equipe Rosa com HAS	Pessoal e laboratório	12 meses	Quantidade de cadastros efetuados/ Quantidade de pacientes identificados com HAS
4 – Melhoria do acesso à UBS	Gestor e profissionais administrativos	Facilitar marcações de consultas	Pessoal, material de divulgação	1 mes	Inquérito com usuários
5 – Ajuste de plano terapêutico	Médico e enfermeiro	Otimizar promoção, prevenção e tratamento	Pessoal, recursos multimídia, medicamentos e laboratório.	12 meses	Comparar o número de internações, interconsultas com especialistas relacionados a complicações da HAS, demanda espontânea de hipertensos na UBS e eventos cardiovasculares futuros.

6 .CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse projeto visa melhorias no diagnóstico, base de dados, classificação, terapêutica e acompanhamento de hipertensos sob responsabilidade da Equipe 3 de saúde da família, do município de Jaboticatubas, com o intuito de reduzir morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida desses usuários.

Por tratar-se de um projeto dinâmico e que demanda um período de meses de implantação e anos para verificar resultados, torna-se necessário o envolvimento, além de toda equipe, também do gerente da unidade e dos próximos profissionais que venham trabalhar para essa população no sentido de garantir a continuidade do trabalho.

Após realizada a classificação e estabelecidas as medidas terapêuticas adequadas, associadas a medidas interdisciplinares de prevenção e promoção de saúde será possível estimar o impacto das ações comparando o número de internações, interconsultas com especialistas, demanda espontânea de hipertensos na UBS e eventos cardiovasculares futuros.

REFERÊNCIAS

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

SIAB. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>, acesso em 04 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica do Ministério da Saúde**, 2013.

Revista Brasileira de Hipertensão: Volume 17, número 1, Janeiro/Março 2010 http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf , como visto em 17 de janeiro de 2014

BRASIL.Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: número 37 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>

GOLDMAN, L.; SCHAFER A. I. **Cecil Medicine**, 24. ed. Philadelphia, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica**: número 14 – Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular Cerebrovascular e Renal do Ministério da Saúde, 2006

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