

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

**MARILANE KALYETTA ALMEIDA FONSECA**

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO PARA A MELHORIA DO  
ATENDIMENTO AOS HIPERTENSOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF  
JARDIM LAGUNA 1, CONTAGEM, MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2014**

MARILANE KALYETTA ALMEIDA FONSECA

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO PARA A MELHORIA DO  
ATENDIMENTO AOS HIPERTENSOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF  
JARDIM LAGUNA 1, CONTAGEM, 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: Salime Cristina Hadad

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2014**

MARILANE KALYETTA ALMEIDA FONSECA

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO PARA A MELHORIA DO  
ATENDIMENTO AOS HIPERTENSOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF  
JARDIM LAGUNA 1, CONTAGEM, 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: Prof. Salime Cristina Hadad

**Banca examinadora**

Prof. Salime Cristina Hadad - Orientador

Prof. Daniela Coelho Zazá - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte, 03/02/2014.\_

## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos Beatriz Helena e Fernando.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos tutores e orientadora do CEABSF/UFMG, Secretaria Municipal de Saúde de Contagem/MG, ESF e usuários do PSF Jardim Laguna 1.

## EPÍGRAFE

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos  
não é senão uma gota de água no mar. Mas o  
mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

As doenças cardiovasculares são a causa mais comum de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está relacionada ao aumento do risco de eventos cardiovasculares. Os profissionais de saúde, no contexto da Atenção Primária à Saúde, são importantes instrumentos de prevenção, promoção e tratamento de agravos decorrentes da HAS. Este trabalho propõe a elaboração de um plano de cuidado à saúde dos pacientes hipertensos do PSF Jardim Laguna 1, no município de Contagem, Minas Gerais. Espera-se que o acompanhamento contínuo e sistemático desses usuários promova melhorias na qualidade do atendimento à saúde e redução de incapacidades e morte na população assistida.

**Palavras-chaves:** Hipertensão, Doenças Cardiovasculares, Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The cardiovascular disease is the most common cause of morbidity and mortality worldwide. The Systemic Hypertension is associated with increased risk of cardiovascular events. The Health care professionals, in the context of the Primary Health Care, are an important instrument of prevention, promotion and treatment of disorders resulting from hypertension. This work proposes the development of a health care plan for hypertensive patients of PSF Jardim Laguna 1, Contagem city, Minas Gerais state. It is expected that the continuous and systematic patients monitoring promotes improvements in the quality of health care provided and the reduction of disability and death in the assisted population.

**Key-words:** Hypertension, Cardiovascular Diseases, Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação da PA em adultos .....	19
Quadro 2 – Avaliação inicial de rotina para o paciente hipertenso .....	20
Quadro 3 – Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão.....	21
Quadro 4 – Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação* .....	22
Quadro 5 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Jardim Laguna 1 .....	23
Quadro 6 – Atendimento médico e de enfermagem de hipertensos por demanda espontânea no PSF Jardim Laguna 1 nos meses de julho, agosto e setembro de 2013 .....	24
Quadro 7 - Desenho de operações para os nós críticos do problema ausência de um plano de cuidado para os hipertensos residentes na área de abrangência do PSF Jardim Laguna 1 .....	25
Quadro 8 – Plano Operativo.....	26
Quadro 9 – Atendimento médico e de enfermagem de hipertensos por demanda espontânea no PSF Jardim Laguna 1 nos meses de julho à novembro de 2013.....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b><i>A saúde no município de Contagem</i></b> .....	<b>12</b>
1.1.1	O PSF Jardim Laguna I .....	13
<b>2</b>	<b>PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b><i>Objetivo Geral</i></b> .....	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b><i>Objetivos Específicos</i></b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
<b>5.1</b>	<b><i>Hipertensão Arterial Sistêmica</i></b> .....	<b>18</b>
5.1.1	Doenças Cardiovasculares no Brasil e no Mundo .....	18
5.1.2	Fatores de Risco.....	18
5.1.3	Critérios Diagnósticos e Classificação .....	19
5.1.4	Avaliação Clínica e laboratorial.....	19
5.1.5	Estratificação do risco cardiovascular .....	20
5.1.6	Medidas Não Medicamentosas.....	21
5.1.7	Medidas Medicamentosas .....	21
5.1.8	Recomendações para acompanhamento de hipertensos .....	22
<b>6</b>	<b>ELABORAÇÃO DE PLANO DE CUIDADO PARA OS HIPERTENSOS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF JARDIM LAGUNA 1</b> .....	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Contagem é atualmente a terceira maior em extensão territorial do estado de Minas Gerais e está situada na região central. O município possui 603.442 habitantes distribuídos em 195,268 km<sup>2</sup>. Ao longo do tempo, os limites geográficos da cidade perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conurbação com Belo Horizonte. É a segunda cidade mais populosa do estado, com 99,7% de seus habitantes residindo em área urbana (BRASIL, 2010).

Uma marca do município de Contagem é seu parque industrial, que começou a ser montado em 1941. A região foi escolhida para abrigá-lo devido sua proximidade da capital Belo Horizonte e ter boas condições de acesso às estradas que ligam Minas Gerais ao Rio de Janeiro e a São Paulo. Em 1970, Contagem ganhou um segundo parque industrial, que previa a instalação de cem novas fábricas e a geração de 20 mil empregos. Assim, a tradição urbano-industrial da cidade deixou suas marcas na formação da paisagem urbana (BRASIL, 2010).

Como muitos centros urbanos brasileiros, enfrenta graves problemas de infraestrutura de trânsito e saneamento, manutenção dos espaços públicos, habitação, políticas sociais de educação, segurança pública e saúde. Por ser um grande centro industrial, seu sistema viário foi planejado para comportar um fluxo intenso de veículos de carga através de importantes rodovias do país, a BR-381 (acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro). Em virtude disso, o município se tornou um importante local de comercialização e distribuição de drogas ilícitas com as consequências para a população (CONTAGEM, 2013).

### **1.1 A saúde no município de Contagem**

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde de 2002, cerca de 48% da população do município são usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde. Em 2009, existiam em Contagem, 266 estabelecimentos de saúde, sendo 139 públicos e 127 privados (BRASIL, 2013). O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1999, cobrindo atualmente apenas 56% da população. A rede de atenção básica de saúde do município é constituída por 98 Equipes de Saúde da

Família (informação verbal)<sup>1</sup>.

Além da Atenção Básica à Saúde (ABS), a população de Contagem também conta com alguns serviços de média e alta complexidade. O município tem disponíveis cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma central de atendimento do SAMU, o Hospital Municipal, a Maternidade Municipal e dois Centros de Especialidades Médicas. Além disso, terceiriza vários serviços que são prestados no hospital privado São José, clínicas oftalmológicas, clínicas de fisioterapia, clínicas de diagnóstico de imagem e laboratórios de patologia clínica e anatomia patológica. Os serviços que não podem ser realizados em Contagem são encaminhados a Belo Horizonte, respeitando a prioridade dos casos regulada por uma central de leitos que funciona na capital. Os procedimentos ambulatoriais que não são realizados no município são ofertados pelos municípios vizinhos mediante justificativa e aceite de uma comissão médica reguladora, sendo a maior parte realizada em Belo Horizonte (informação verbal)<sup>2</sup>.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem as funções de fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área da saúde (CONTAGEM, 2013). Possui a seguinte composição: 50% usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores. Os integrantes do CMS são unânimes em dizer que não conseguem ter conhecimento dos anseios e problemas da população porque os conselhos de saúde distritais e locais são desorganizados e pouco atuantes. Eles também concordam que faltam informações e compromisso da população em relação aos próprios problemas e que ainda impera a crença de que os gestores são os únicos responsáveis por identificar e resolver as questões referentes à saúde pública (informação verbal)<sup>3</sup>.

### 1.1.1 O PSF Jardim Laguna I

A UBS Laguna abriga três ESF, acolhe cerca de 24.000 usuários (DATASUS, 2013b). A UBS funciona com problemas estruturais importantes que incluem a falta de uma sala ampla para grupos operativos e banheiro nos consultórios. Também

---

<sup>1</sup> Dados fornecidos por Fabrício Aires, superintendente da Secretaria de Atenção à Saúde, em entrevista no dia 24 junho de 2013.

<sup>2</sup> Informação fornecida pelo funcionário responsável pelos registros do serviço de referência do município no dia 24 de Junho de 2013.

<sup>3</sup> Dados fornecidos pela Sra. Cléria Maria Alves, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Contagem, no dia 24 de Junho de 2013.

não há espaço adequado para armazenamento dos prontuários. Além disso, muitos usuários reclamam do difícil acesso à UBS, já que não contam com transporte coletivo e residem a grandes distâncias da mesma (material técnico produzido pelo PSF Laguna 1). O horário de funcionamento é de 7 às 17h, não favorecendo aqueles que trabalham.

A maior parte do território onde os usuários residem foi ocupado por invasão (informação verbal)<sup>4</sup>. Há um grande contingente de imigrantes das regiões norte e nordeste do Brasil. O perfil socioeconômico e cultural é predominantemente de pessoas com baixa renda e baixa escolaridade. Seus moradores vivem principalmente da prestação de serviços na Central Estadual de Abastecimento (CEASA) e tráfico de drogas ilícitas (material técnico produzido pela ESF do PSF Jardim Laguna 1).

A população adscrita ao PSF Jardim Laguna 1 abrange 4.944 usuários cadastrados em 1.356 famílias, número que supera os 4.000 usuários preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Apenas 18,43% desse contingente possui plano de saúde suplementar (BRASIL, 2013a).

---

<sup>4</sup> Informação fornecida pelos agentes comunitários de saúde da família da ESF.

## 2 PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA

O agravo à saúde mais prevalente entre os usuários é a hipertensão arterial sistêmica. Acomete 10,56% da população adscrita ou 522 indivíduos. É seguida de longe pelo *diabetes mellitus* que atinge apenas 2,91% ou 119 dos residentes na área de abrangência (BRASIL, 2013a). Acredita-se que esses números sejam ainda maiores, já que não existe nenhum plano de identificação e cuidado para os hipertensos. Esses usuários estão habituados a procurar atendimento na UBS apenas em momentos de descompensação ou para buscar receitas da medicação prescrita. Com o passar do tempo, criou-se uma demanda espontânea impossível de ser acolhida adequadamente. O grande número de hipertensos que procuram a UBS sem agendamento prejudica o processo de trabalho de toda a equipe que, por sua vez, não consegue ajudar a diminuir a frequência de lesões em órgãos alvo e complicações cardiovasculares nesses usuários.

Foi realizado um diagnóstico situacional do PSF Jardim Laguna 1 e, após levantamento e análise dos problemas, foi eleita a ausência de um plano de cuidado para hipertensos como problema prioritário. Os hipertensos recebem orientação e assistência apenas quando procuram espontaneamente a UBS. Além disso, muitos desconhecem a importância do controle de saúde regular e das medidas comportamentais para a prevenção e tratamento da HAS.

Trata-se de uma população de baixo nível socioeconômico e cultural. Estão constantemente sob pressão social do desemprego, violência e baixos salários (material técnico produzido pela ESF por meio de dados do SIAB). Nesse contexto, medidas educativas e um acompanhamento sistemático e contínuo dos hipertensos contribuiriam significativamente para diminuir o número de vítimas de complicações cardiovasculares da HAS como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica, evitando incapacidades e óbitos (BRASIL, 2006).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 *Objetivo Geral***

Elaborar um plano de cuidado para a melhoria do atendimento oferecido pela ESF aos hipertensos da área de abrangência do PSF Jardim Laguna 1 para diminuir o número de vítimas de complicações cardiovasculares da HAS.

#### **3.2 *Objetivos Específicos***

- Conhecer a hipertensão arterial, conceito e fatores associados;
- Elaborar um plano de trabalho com cronograma para definição da periodicidade do atendimento programado ofertado pela ESF ao hipertenso baseada na estratificação do risco cardiovascular;

#### **4 METODOLOGIA**

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bibliotecas virtuais, livros reconhecidos e ligados às políticas públicas de saúde, às redes de atenção, à atenção básica e à Estratégia de Saúde da Família, além de legislação ligada ao Sistema Único de Saúde, em nível federal e estadual.

As pesquisas foram realizadas na Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e na Biblioteca da Literatura técnica e científica da America Latina e Caribe (LILACS).

Com o tema “Hipertensão”, tendo o Brasil como país/região, em idioma português, no período de 01/10/13 a 31/11/2013, foram encontrados 103 textos completos.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

#### 5.1.1 Doenças Cardiovasculares no Brasil e no Mundo

As doenças cardiovasculares integram o principal grupo de causas de morte no Brasil, representando 27,2% dos óbitos em 2002 (STURMER *et al.*, 2006). A HAS é a mais prevalente doença vascular no mundo e o principal fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos por doenças cerebrovasculares foram registrados além daqueles por doenças isquêmicas do coração. Além disso, eventos cardiovasculares são causas frequentes de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (LESSA, 2010).

#### 5.1.2 Fatores de Risco

São fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento da HAS:

A PA aumenta direta e linearmente com a idade, sendo a prevalência de HAS superior em idosos acima de 65 anos. A prevalência global de HAS entre os sexos é semelhante, embora seja mais elevada em homens até os 50 anos e em mulheres a partir dessa idade. Não é bem conhecido o impacto da miscigenação sobre a HAS em nosso país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.2).

A obesidade também se associa com a elevação da PA em adultos. Em um estudo de coorte realizado com adolescentes brasileiros, a obesidade foi identificada como principal fator associado ao desenvolvimento de HAS (MOREIRA *et al.*, 2013).

O consumo alimentar de sódio em excesso provoca elevação da PA. O brasileiro médio consome diariamente alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras (STURMER *et al.*, 2006). O consumo crônico de álcool por períodos prolongados parece aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular (STURMER *et al.*, 2006). A prática regular de exercícios físicos reduz a incidência e mortalidade por doenças cardiovasculares mesmo em indivíduos pré-hipertensos (STURMER *et al.*, 2006).

O tabagismo como fator de risco para a doença cerebrovascular ainda é motivo de divergências na literatura médica (LOTUFO; BENSENOR, 1995).

Embora ainda não existam fatores genéticos que possam predizer o risco individual de desenvolvimento de HAS, sua contribuição está bem estabelecida na população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### 5.1.3 Critérios Diagnósticos e Classificação

A HAS é definida por valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, conforme descrito no Quadro 1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas precisam ser considerados no diagnóstico da HAS.

**Quadro 1** – Classificação da Pressão Arterial em adultos.

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Normal	<120	<80
Pré hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	$\geq 160$	$\geq 100$

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

**Nota:** O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.

**Nota:** Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio

### 5.1.4 Avaliação Clínica e laboratorial

Os objetivos da avaliação clínica e laboratorial são confirmar o diagnóstico de HAS por medida da PA, identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares, pesquisar lesões em órgãos-alvo e outras doenças associadas, estratificar o risco cardiovascular global e avaliar indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

A abordagem inicial do paciente hipertenso deve ser composta por história clínica completa, exame físico minucioso e exames complementares básicos (Quadro 2).

**Quadro 2** – Avaliação inicial de rotina para o paciente hipertenso.

Análise de urina
Potássio plasmático
Creatinina plasmática
Estimativa do ritmo de filtração glomerular
Glicemia de jejum
Hematócrito
Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos.
Eletrocardiograma convencional

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010)

\*: O LDL-C é calculado pela fórmula:  $LDL-C = \text{colesterol total} - (\text{HDL-C} + \text{triglicérides}/5)$   
(quando a dosagem de triglicérides for abaixo de 400 mg/dl).

### 5.1.5 Estratificação do risco cardiovascular

Na avaliação do paciente hipertenso, o risco cardiovascular e os níveis de pressão arterial orientam a decisão terapêutica e o prognóstico. Para a estratificação do risco cardiovascular, devem ser consideradas a presença de fatores de risco, doenças cardiovasculares e lesões em órgão-alvo (Quadro 3).

**Quadro 3 – Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão**

<b>Estágio</b>	<b>Risco Baixo</b>	<b>Risco Moderado</b>	<b>Risco Alto</b>
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo score de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de LOAs.	Presença de fatores de risco pelo score de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de LOAs.	Presença de fatores de risco pelo score de Framingham alto (>20%/ano) LOA.
Pré-hipertensão	MEV	MEV	MEV
Hipertensão estágio 1	MEV (até 12 meses)**	MEV (até 6 meses)	MEV + Terapia Medicamentosa
Hipertensão estágio 2	MEV + Terapia Medicamentosa	MEV + Terapia Medicamentosa	MEV + Terapia Medicamentosa

Fonte: Piancastelli; Spirito; Flisch (2013)

\*Tratamento medicamentoso deve ser instituído em caso de lesão de órgão-alvo ou *diabetes mellitus*.

\*\*Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para tratamento medicamentoso inicial.

LOAs: lesões de órgão-alvo; MEV: Modificações do estilo de vida.

### 5.1.6 Medidas Não Medicamentosas

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### 5.1.7 Medidas Medicamentosas

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão:

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (BRA II) e

com antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Esse benefício é observado com a redução da pressão arterial per se e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de médica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.22 ).

#### 5.1.8 Recomendações para acompanhamento de hipertensos

Para seguimento nos casos de HAS podem ser usados os dados (Quadro4).

**Quadro 4 – Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação\***

<b>Pressão arterial inicial (mmHg)</b>		<b>Seguimento</b>
<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>	
< 130	<85	Reavaliar em um ano. Estimular mudanças no estilo de vida.
130-139	85-89	Reavaliar em seis meses. Insistir em mudanças no estilo de vida.
149-159	90-99	Confirmar em 2 meses. Considerar MAPA/MRPA.
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês. Considerar MAPA/MRPA.
≥180	≥110	Intervenção medicamentosa imediata. Reavaliar em uma semana.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010)

Nota: MAPA - monitorização ambulatorial da pressão arterial

MRPA monitorização residencial da pressão arterial.

## 6 ELABORAÇÃO DE PLANO DE CUIDADO PARA OS HIPERTENSOS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF JARDIM LAGUNA 1

Foi realizado o diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência do PSF Jardim Laguna 1 para identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde. Foi preciso trabalhar e entender sistemas de informação, base de dados e construção de indicadores. Diante do pouco tempo e recursos para coletar informações necessárias para a elaboração do plano de ação, foi eleita a estimativa rápida como método de avaliação dos aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde da comunidade. Os dados levantados pela estimativa rápida foram coletados de três fontes principais: registros escritos existentes em fontes secundárias, entrevistas com informantes chave e observação ativa da área de abrangência. A partir do diagnóstico situacional foram identificados alguns problemas críticos, tornando necessária a seleção daquele que seria alvo de intervenção imediata. Foram usados como critérios de seleção: relevância do problema, urgência da intervenção e capacidade de enfrentamento pela ESF (Quadro 5).

**Quadro 5** – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Jardim Laguna 1

<b>Problemas Principais</b>	<b>Relevância</b>	<b>Urgência *</b>	<b>Cap. de Enfr.</b>	<b>Seleção</b>
Ausência de um plano de cuidado oferecido pela ESF para hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Demanda Espontânea por Atendimento médico excessiva	Alta	6	Parcial	2
Ausência de Conselho de Saúde local atuante	Alta	6	Parcial	3
Número de usuários cadastrados superior ao preconizado pelo MS **	Alta	6	Parcial	4
Violência	Alta	5	Parcial	5

Fonte: Diagnóstico situacional elaborado pela equipe do PSF Laguna 1 (2014).

\*: Total de Pontos Distribuídos 30 \*\*: A população adscrita ao PSF Jardim Laguna 1 abrange 4.944 usuários cadastrados em 1.356 famílias, número acima dos 4.000 usuários preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

O problema eleito como de maior prioridade foi a ausência de um plano de cuidado oferecido pela ESF aos hipertensos da população adscrita ao PSF Jardim Laguna 1. A abordagem dos portadores de HAS pelo médico e enfermeiro da equipe ocorria apenas quando esses usuários procuravam a UBS espontaneamente, muitas vezes exibindo sinais e sintomas de doenças cardiovasculares ou para renovação de receita da medicação prescrita. Era comum a prática de renovação de receitas sem a avaliação do paciente por incapacidade do serviço de acolher a demanda de hipertensos. Foi feito um levantamento dos motivos de demanda espontânea por atendimento médico e de enfermagem da ESF, utilizando dados das fichas de atendimento individual ambulatorial, ficha D e relatório PMA2. Esse levantamento revelou ser a HAS e suas complicações um motivo frequente pelo qual a população adscrita procurava a UBS (Quadro 6).

**Quadro 6** – Atendimento médico e de enfermagem de hipertensos por demanda espontânea no PSF Jardim Laguna 1 nos meses de julho, agosto e setembro de 2013

<b>Mês de atendimento</b>	<b>Total geral de atendimentos por demanda espontânea</b>	<b>Total de atendimentos de hipertensos por demanda espontânea</b>
Julho	258	65
Agosto	328	72
setembro	445	94

Fonte: Levantamento de demanda espontânea elaborado pela equipe do PSF Laguna1 (2014)

As situações relacionadas com a ausência de acompanhamento sistematizado para os hipertensos sobre o qual a ESF considerou alguma possibilidade de ação direta e que pode ter impacto importante sobre o problema escolhido foram: desconhecimento por parte ESF da população adscrita portadora de HAS, inexistência de atendimento individual programado e ausência de grupos de orientação e discussão sobre HAS. Foi elaborado o desenho de operações para resolver os nós críticos (Quadro 7).

**Quadro 7** - Desenho de operações para os nós críticos do problema ausência de um plano de cuidado para os hipertensos residentes na área de abrangência do PSF Jardim Laguna 1

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Identificação da população de HAS incompleta	Cadastramento de todos os usuários hipertensos.	Conhecer quem são e quantos são os usuários hipertensos.	Elaboração de projeto de captação e acompanhamento dos hipertensos.	Organizacional- organização da coleta e utilização de dados. Cognitivo- elaboração de projeto de identificação e registro de hipertensos. Político- adesão dos profissionais da ESF.
Atendimento programado ao hipertenso inexistente	Implantar linha de cuidado para os hipertensos baseado no risco cardiovascular.	Acompanhamento sistemático e contínuo do usuário hipertenso.	Redução da incidência de complicações cardiovasculares nos hipertensos.	Organizacional: adequação de fluxos. Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado. Político: articulação entre os setores de saúde e adesão de profissionais.
Não há oportunidade atividades educativas coletivas	Encontro semanal de hipertensos, ESF/NASF.	Troca de saberes entre hipertensos e membros da ESF/NASF.	População mais bem informada sobre hipertensão e riscos cardiovasculares.	Organizacional: organização da agenda dos profissionais da ESF. Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Político: articulação intersetorial, com parceria entre ESF e NASF.

A ESF do PSF Jardim Laguna 1 em reunião com todos os envolvidos no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e prazos para realização de cada produto (Quadro 8).

**Quadro 8** – Plano Operativo

Operações	Responsável	Ações Estratégicas	Resultados	Prazo
Cadastramento de todos os usuários hipertensos	Enfermeiro da ESF	Atendimento de enfermagem individualizado organizado por microárea.	Mapeamento dos hipertensos da área de abrangência.	Início em 1 mês e término em 6 meses.
Implantar linha de cuidado para os hipertensos baseado no risco cardiovascular.	Médico da ESF	Estratificação do risco cardiovascular e implantação de protocolos de acompanhamento	Redução da incidência de complicações cardiovasculares	Início imediato e término em 6 meses.
Organização de atividades educativas em grupo	Médico da ESF	Oferta de grupos de discussão sobre HAS semanais.	Troca de saberes entre hipertensos e profissionais de saúde.	Início em 1 mês e término em 6 meses.

Fonte: Elaborado pela equipe do PSF Laguna 1 (2014).

Os diversos membros da equipe concordaram em estarem atentos aos usuários portadores de HAS e encaminhá-los ao atendimento do enfermeiro. A agenda do enfermeiro da ESF foi organizada de modo a reservar duas tardes por semana para o atendimento de enfermagem individual programado dos usuários hipertensos residentes na área adscrita. Além do cadastramento ou recadastramento desses pacientes, ocorre uma triagem que define a prioridade do atendimento médico programado subsequente. O atendimento de enfermagem foi organizado de modo a contemplar todos os hipertensos de uma única microárea por mês.

A agenda do médico da ESF foi organizada para atender, uma tarde por semana, aos hipertensos agendados pela enfermagem em todas as oportunidades de acolhimento desses usuários. Os critérios de seleção adotados para atendimento médico programado é o controle de saúde inadequado. Em consultas agendadas, é realizada, pelo médico da ESF, a avaliação clínico-laboratorial e classificação de

risco cardiovascular para que sejam tomadas as decisões terapêuticas e estabelecimento de metas para cada um dos hipertensos, seguindo os critérios adotados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

O grupo de discussão sobre HAS é oferecido na UBS semanalmente e ocorre uma hora antes do atendimento médico individualizado agendado. São convidados a participar os hipertensos agendados, familiares, cuidadores, membros da ESF e profissionais convidados do NASF. A forma de abordagem dos assuntos relacionados à hipertensão ocorre através de uma “roda de conversa”, momento em que ocorre uma rica troca de saberes entre usuários e profissionais de saúde. Dúvidas, questionamentos e sugestões são compartilhados e auxiliam no controle de saúde desses usuários.

Uma vez iniciada a implantação do plano de cuidado para a melhoria do atendimento prestado aos hipertensos do PSF Jardim Laguna 1, foi observada a diminuição do número de hipertensos atendidos pelo médico e enfermeiro da ESF por demanda espontânea (Quadro 9).

**Quadro 9** – Atendimento médico e de enfermagem de hipertensos por demanda espontânea no PSF Jardim Laguna 1 nos meses de julho à novembro de 2013

Mês de atendimento	Total geral de atendimentos por demanda não programada	Atendimentos de hipertensos por demanda não programada	% Hipertensos/ Total
julho	258	65	(25,2%)
agosto	328	72	(21,9%)
setembro	445	94	(21,1%)
outubro	502	64	(12,7%)
novembro	291	30	(10,3%)

Fonte: Levantamento elaborado pela equipe do PSF Laguna 1 (2014)

A diminuição do atendimento de hipertensos por demanda espontânea sugere que pode ter ocorrido melhoria do atendimento dos hipertensos que residem na área de abrangência. Espera-se que, ao longo e após implementação do plano de cuidado, haja também o aumento progressivo do número de atendimentos agendados em detrimento do atendimento por demanda espontânea.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e alcoolismo; alta pressão social provocada pelo desemprego, baixos salários e violência; pouca informação sobre riscos e agravos à saúde e direitos sociais se relacionam com o aumento de casos de hipertensos. A HAS pode provocar complicações cardiovasculares que podem levar à invalidez, aposentadoria precoce, desemprego e morte.

As políticas de saúde pública, nas quais ainda impera o modelo assistencialista centrado na doença, interferem negativamente nas estruturas dos serviços de saúde e no processo de trabalho. O aperfeiçoamento do processo de trabalho pode melhorar o acompanhamento de riscos e agravos à saúde do hipertenso e autonomia desses pacientes com risco cardiovascular aumentado por meio de uma atenção integral.

A concentração de esforços dos profissionais de saúde, gestores e sociedades científicas são fundamentais para atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. Para tanto, deve-se lançar mão de protocolos, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra-referência e capacitação de pessoal.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. , Brasília – DF, Cadernos de Atenção Básica, 15, 58 p. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>. Acesso em 15 de Nov. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em 02 de jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2013. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 de Nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2013a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 02 de Jun 2013.

CONTAGEM (MG). Prefeitura Municipal. 2013. Disponível em: <[www.contagem.mg.gov.br](http://www.contagem.mg.gov.br)>. Acesso em: 2 em Ago 2013.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 1470 – 1470 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000800001&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800001&nrm=iso)>. Acesso em ago 2013

LOTUFO, P. A.; BENSENOR, I. J. M. Tabagismo e mortalidade por doença cerebrovascular no Brasil: estudo comparativo de capitais de regiões metropolitanas, 1988. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 53, p. 238 – 244, 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1995000200009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1995000200009&nrm=iso)>. Acesso em ago 2013.

MOREIRA, N. F. *et al.* Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 57, p. 520 – 526, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302013000700004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000700004&nrm=iso)>. Acesso em ago. 2013.

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C. D.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte, MG: NESCON / UFMG, 2013. 166 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, n. 95 (1 supl.1), p. 1–51, ago. 2010. Disponível em: < [http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDHA\\_6485.pdf](http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf)>. Acesso em ago. 2013.

STURMER, G. *et al.* O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1727 – 1737, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800021&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800021&nrm=iso)>. Acesso em ago. 2013.