

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

YUNALVIS PENA BLANCO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE EFICIENTE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES
HIPERTENSOS NO PSF SENADOR MOURÃO. DIAMANTINA/MG
2015**

**DIAMANTINAS - MINAS GERAIS
2015**

DR. YUNALVIS PENA BLANCO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE EFICIENTE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES
HIPERTENSOS NO PSF SENADOR MOURÃO. DIAMANTINA/MG
2015**

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

Orientadora: Profa Dra. Maria José Moraes Antunes

DIAMANTINA- MINAS GERAIS
2015

YUNALVIS PENA BLANCO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE EFICIENTE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES
HIPERTENSOS NO PSF SENADOR MOURÃO. DIAMANTINA/MG 2015**

Banca examinadora

Examinadora 1: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Examinadora 2: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2015.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença muito frequente e quando não controlada causa grande morbimortalidade cardiovascular além dos altos custos pelas internações e demanda importante dos recursos e dos serviços de saúde. No nosso território de abrangência tem sido uns dos problemas prioritários de maior significância. Este trabalho baseia-se na criação de um projeto de intervenção que tem como objetivo o bom controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos com a participação da equipe da saúde da família Vida Nova no distrito de Senador Mourão pertencente ao município de Diamantina. (MG). Pretende-se com o plano fazer mudanças positivas nos fatores identificados pela equipe como fundamentais na solução significativa do problema, dentre esses: hábitos de vida inadequados, estratificação de risco inadequada, baixa adesão ao programa de hiperdia, atividades insuficientes com os grupos operativos que contribuíam ao bom controle desses pacientes, fatores que dificultam uma boa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e fatores psicossociais no núcleo familiar. A partir do plano de intervenção, elaborado com a metodologia do planejamento estratégico situacional vamos contribuir na melhora da qualidade de vida dos pacientes hipertensos de nossa área de abrangência.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção primária de Saúde. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Hypertension is a disease very common and when not controlled cause great cardiovascular morbidity and mortality in addition to the high costs for hospitalization and major demand of resources and health services. In our area of coverage has been one of the priority problems of greater significance. This work is based on the creation of an intervention project which aims to good control of blood pressure of hypertensive patients with the participation of the family health team new life in the District of Senador Mourão in the municipality of Diamantina. (MG). The plan aims to make positive changes in the factors identified by the team as fundamental in the solution of the problem, among these: improper living habits, inadequate risk stratification, low adherence to the HIPERDIA program, activities insufficient operating groups contributed to the good control of these patients, factors that difficult the good adherence to drug treatment and not drug treatment, psychosocial factors in the nuclear family. From the contingency plan, drawn up with the situational strategic planning methodology we will contribute in the improvement of the quality of life of hypertensive patients in our area.

Keywords: Hypertension. Primary health attention. Cardiovascular diseases.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Equipe de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Posto de Saúde da família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Sistema Único de Saúde
SUS	(Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	27
3. OBJETIVO.....	28
4. METODOLOGIA.....	29
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	32
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

1-INTRODUÇÃO

O município de Diamantina que também tem estruturado e integrado o SUS situa-se na região Centro Norte de Minas Gerais - Alto Vale do Jequitinhonha, distante 292 km da capital, Belo Horizonte. Os habitantes se chamam diamantinenses. Tem limites com os municípios de Bocaiúva, Carbônica, Senador Mo destino Gonçalves, Couto Magalhães de Minas, Augusto de Lima, Buenópolis, Datas, Gouveia e Monjolos. De acordo com dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010) a população atual do município é em média de 45880 habitantes e do distrito de senador Mourão 3383 habitantes.

Segundo a historia:

[...] Com quase três séculos de fundação, passando de povoado a arraial até chegar a município, Diamantina é uma cidade rica em história e tradições. Possui um patrimônio arquitetônico, cultural e natural rico e preservado. A formação do município está intrinsecamente ligada à exploração do ouro e do diamante. A ocupação inicial do território se deu com Jerônimo Gouvêa, que, seguindo o curso do Rio Jequitinhonha, encontrou, nas confluências do Rio Piruruca e Rio Grande, uma grande quantidade de ouro. Por volta de 1722, começou o surgimento do povoado, sempre seguindo as margens dos rios que eram garimpados. A partir de 1730, ainda com uma população flutuante, o Arraial do Tejuco foi se adensando. Por meio da expansão de pequenos arraiais ao longo dos cursos d'água em direção ao núcleo administrativo do Tijuco, foi se formando o conjunto urbano de Diamantina, tendo como primeiras vias a Rua do Burgalhau, Rua Espírito Santo e Beco das Beatas. Em 1938, o conjunto arquitetônico do Centro Histórico da cidade foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, e, no final da década de 90, veio o reconhecimento mundial: Diamantina recebe da UNESCO o título de Patrimônio Cultural da Humanidade. Atualmente, Diamantina é uma das cidades históricas mais conhecidas e visitadas do país. O casario colonial, de inspiração barroca; as edificações históricas; as igrejas seculares; a belíssima paisagem natural e uma forte tradição religiosa, folclórica e musical conferem uma singularidade especial à cidade. (PREFEITURA MUNICIPAL DIAMANTINA MG, 2015)

Nosso PSF fica localizado em Senador Mourão...

[...]Senador Mourão é um distrito de Diamantina, porém fica distante da mesma cerca de 80 km, mesmo sendo um pouco distante tem fácil acesso devido os vários ônibus com destino Senador Mourão/Diamantina. Mesmo sendo um distrito, em Senador Mourão contamos com uma Unidade Básica de Saúde, Polícia Militar, Escola Municipal e Estadual, vários pontos comerciais como por exemplo, açougues, bares, mercearias, restaurantes, e muito mais. Senador Mourão tem como vizinhança as cidades Couto Magalhães de Minas, Olhos D'água, Carbornita, Bocaiúva, São Gonçalo do Rio Preto, Diamantina e outras. Também faz parte de sua vizinhança alguns distritos de Diamantina como Desembargador Otoni, Planalto de Minas, Inhaí, etc. As principais fontes de renda em Senador Mourão são os garimpos, criação de gado, plantios e colheitas de eucalipto nas carvoarias existentes aqui na redondeza. E apesar de ser uma pequena cidade Senador Mourão é muito mencionada por pessoas de outros municípios que, apesar, de morarem em cidades mais evoluídas têm grande afeto por Senador Mourão (SENADOR MOURAO, 2012)

Aspectos Geográficos:

- Área: 3.891,659 Km²
- Vegetação: Cerrado e Mata Atlântica.
- Densidade demográfica: 11,79 hab./km².
- Altitude: 1 288 m
- Clima: clima aprazível, semi-tropical
- Latitude: 18° 14' 17" Sul
- Longitude: 43° 36' 40" Oeste.

Concentração Habitacional:

- População Urbana: 32.891
- População Rural: 12.989

Número Aproximado de Domicílios e Famílias:

Segundo dados do IBGE 2010 Diamantina possui 16.846 domicílios particulares e aproximadamente 16.952 famílias.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS:

Indicadores:

Produto Interno Bruto (PIB) *Per Capita*: R\$ 5977,56 (IBGE, 2011). Índice de desenvolvimento humano (IDH): 0,716 (IBGE, 2011). Renda familiar: estima-se que a renda familiar mensal dos brasileiros é de R\$ 1.789,66. Nas áreas rurais há uma média de R\$ 873,94. Em ambas as áreas, o trabalho, que representa 62% do rendimento médio familiar nacional, é a principal fonte de renda. Na área urbana, a participação do rendimento do trabalho é de 62,7%, enquanto na área rural, esse percentual fica em 53,4%. Renda per capita: R\$435,00. (IBGE/2010). Abastecimento de água tratada: segundo o *site* da COPASA, Diamantina possui abastecimento de 100% de água tratada. E segundo o Ranking do Saneamento do Instituto Trata Brasil nova Metodologia e Resultados, de 2012, são abastecidos com água tratada 99,27% da população.

Recolhimento de Esgoto por Rede Pública: segundo dados da COPASA são recolhidos por rede pública 75,4 % do esgoto da cidade. Dados do IBGE 2010 mostram que no ano 2000, cerca de 98% dos domicílios do município eram cobertos por serviços de energia elétrica.

Principais Atividades Econômicas:

No ano 2000 cerca de 45,0% da população estava ligada ao setor de turismo. Em segundo lugar, destacava-se o setor industrial com 26,7% da população ocupada. O comércio de mercadorias e o setor agropecuário, de extração vegetal e pesca ocupavam respectivamente o 4º e 5º lugar em termos de ocupação de mão de obra. A importância do setor de serviços está relacionada com o turismo, uma atividade fundamental para a vida da população de Diamantina.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1

Tabela I - Estimativa de população residente segundo a faixa etária e sexo, Diamantina 2010

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4	1.558	1.455	3.013

5 a 9	1.813	1.728	3.541
10 a 14	2.256	2.168	4.424
15 a 19	2.435	2.463	4.898
20 a 29	4.177	4.369	8.546
30 a 39	3.152	3.354	6.506
40 a 49	2.848	3.120	5.968
50 a 59	1.926	2.119	4.045
60 a 69	1.151	1.338	2.489
70 a 79	651	980	1.631
80 e +	272	547	819
Ignorada	-	-	-
Total	22.239	23.641	45.880

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas2010

Indicadores

- **Taxa de crescimento anual:** Crescimento de -0,01% ao ano.
- **Densidade demográfica:** 11,79 hab./km²
- **Taxa de Escolarização:**
-

De forma geral, os indicadores da área educacional mostram que houve uma evolução bastante positiva durante a última década em Diamantina. A taxa de analfabetismo apresentou um declínio acentuado, assim como a proporção de jovens com poucos anos de estudo. Por outro lado, o índice de escolarização nesta faixa da população cresceu de forma muito significativa neste período. (Anexo B).

Tabela II - Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária, Diamantina, 1991, 2000 e 2010.

Faixa Etária	1991	2000	2010
5 a 9	33,4	53,3	94,7
10 a 14	85,2	96,9	99,8
15 a 19	90,4	96,7	99,3

20 a 49	83,0	89,9	95,9
50 e +	60,6	68,4	83,0
Total	73,5	83,6	88,5

Fonte: IBGE/Censos 2010

Proporção de moradores abaixo da Linha da Pobreza:

Observou-se uma diminuição de 36,1% nos níveis de pobreza, medido pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$75,50, que equivale à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000. O Índice de Gini, que indica os níveis de pobreza da população, também apresentou ligeiro declínio no período de 1991 a 2000 em Diamantina, passando de 0,68 para 0,63.

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamentado na assistência universal, integral e igualitária, preconizado pela Constituição da República de 1988 (CONASS; 2003). Em 25 anos de implantação a rede cresceu muito e atualmente atende 90% da população através de campanhas de vacinação, atendimentos ambulatoriais ou nos serviços de alta complexidade.

Em suma segundo o Ministério da Saúde:

- 90% da população brasileira é, de algum modo, usuária do SUS.
- 28,6% da população é usuária exclusiva do SUS.
- 61,5% usam o SUS e algum outro sistema de atenção.
- 8,7% da população não utilizam o SUS.

Dados sobre sistema local de saúde

Conselho Municipal de Saúde

Tem como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros. Ele é composto por 16 membros efetivos e 16 suplentes. Destes, 9 são representantes de usuários, 4 de trabalhadores e 3 são representantes dos gestores e prestadores de

serviços. O Conselho tem caráter deliberativo, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município de diamantina. Está previsto na lei federal 8.142/90, que normaliza e participação da sociedade na saúde. Está localizado em Rua da Gloria e seu horário de funcionamento é de 07:00 às 17:00. No município existem ainda os Conselhos Regionais de Saúde, representados por 16 conselheiros eleitos e empossados conforme legislação municipal, atuando com o compromisso ético com a saúde pública.

Fundo Municipal de Saúde

A Constituição Federal (CF) de 1988 garante o direito à saúde, através de um conjunto de ações e serviços, que deverão ser prestados de forma universal e igualitária à população. Estas ações serão financiadas através de recursos públicos sob a responsabilidade da sociedade e do poder público em suas três esferas de poder, devendo sua aplicação obedecer ao princípio da legalidade estabelecido em legislações pertinentes (CONASS; 2003). Assim, a CF de 1988 proíbe o início de programas ou projetos não incluídos na Lei Orçamentária Anual e a realização de despesas ou assunção de obrigações diretas que excedam os Créditos Orçamentários ou Adicionais (C.F/88, ART 167, Inciso I e II) (CONASS; 2003). Estas determinações constitucionais tornam o orçamento público um elemento obrigatório à administração pública Federal, Estadual e Municipal. Isto significa que mesmo dispondo de dinheiro em caixa, o Gestor Público não poderá gastá-lo se esse recurso não estiver previsto na Lei Orçamentária Anual ou crédito adicional financiável por esse recurso Execução Orçamentária, os créditos orçamentários nos montantes autorizados na lei do orçamento, se constituem em requisitos para a realização de licitações, empenhos e pagamentos de despesas públicas (CONASS; 2003).

O orçamento público é, portanto, uma exigência legal inscrita na Lei Federal 4.320/64 - norma geral de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados e dos Municípios. Seguindo essa norma geral aprova-se anualmente, em cada esfera governamental, uma lei de orçamento contendo a discriminação da receita e despesa, evidenciando a política

econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, a ser executado no ano seguinte (CONASS, 2003).

O Fundo Municipal de Saúde é administrado pelo Secretário Municipal de Saúde e concentra recursos financeiros destinados a ações e serviços públicos de saúde, como atendimento ambulatorial, distribuição de medicamentos, agentes comunitários, vigilância sanitária, entre outros. O município tem que possuir um Plano, um Conselho e um Fundo Municipal de Saúde, para poder receber recursos da União. O Plano (Plurianual) Municipal de Saúde deve ser aprovado pelo Conselho. Esse Plano conterá:

- Demonstrativos da realidade municipal, descrevendo as características gerais do município (histórico, população, aspectos socioeconômicos e de infraestrutura, potencialidades e dificuldades para desenvolver, etc.);
- Descritivo textual e/ou planilhas da situação dos serviços de saúde do mesmo (organização; funcionamento; patrimônio; número de unidades).
- No que é eficiente, quais as deficiências; as ocorrências e atendimentos nas unidades de saúde; etc.
- Agenda de Saúde (Objetivos Gerais em um Cronograma; Compromissos da Administração Municipal com a Saúde Local) (CONASS; 2003).
- Quadro de Metas.

O Gestor do Fundo deve apresentar ao Conselho Relatórios de Gestão que permitam acompanhar se esta agenda está sendo cumprida e se as metas estão sendo alcançadas, ou não.

Os Principais recursos do Fundo Municipal de Saúde são:

- PAB, Piso de Atenção Básica (Fixo), que corresponde a um valor por habitante, que financia a operacionalização de consultas médicas e odontológicas, atendimento ambulatorial e domiciliar, vacinação, educação para a saúde, planejamento familiar, pré-natal, parto domiciliar, atividades dos agentes comunitários de saúde e pequenas cirurgias.
- PSF, Programa Saúde da Família, que financia o serviço da equipe de saúde da família, que inclui médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem

que exercem suas funções nas unidades básicas de saúde e em visitas domiciliares.

➤ PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para remuneração dos agentes que visitam os domicílios, cadastram famílias, estimulam ações preventivas de saúde, prestam esclarecimentos, mapeiam endemias e fazem a ligação entre essas famílias e os serviços públicos municipais de saúde.

➤ PVS, Programa Vigilância Sanitária, para fiscalização e controle de produtos, serviços e ambientes.

➤ Programa Combate às Carências Nutricionais, para incentivar o aleitamento materno e reduzir e controlar a desnutrição infantil através de orientação nutricional, aquisição e alimentos e de complementos vitamínicos e minerais e acompanhamento nutricional.

➤ Assistência Farmacêutica Básica, que financia a aquisição e distribuição de medicamentos básicos aos usuários do SUS.(CONASS; 2003).

Além destes, há outros programas, como Vigilância Epidemiológica, AIH SUS, Saúde Bucal, entre outros que podem ser conhecidos no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde: www.fns.saude.gov.br. Todos esses recursos têm que ser depositados em bancos oficiais, na conta específica do Fundo Municipal de Saúde FMS, e não na conta da Prefeitura ou da Secretaria Municipal de Saúde. O Orçamento do FMS deve ser elaborado de forma destacada no orçamento da Prefeitura, demonstrando-se claramente suas receitas e suas despesas específicas, não se confundindo com o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde. O Fundo Municipal de Saúde também terá prestação de contas própria, separada da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde. Tudo isso em obediência ao Princípio da Transparência, previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº101/2000), em seu art. 48, parágrafo único, para facilitar o controle social e a avaliação de resultados. Todo cidadão pode fazer denúncia de desvio de recursos ou de desvio de finalidade na aplicação de recursos (CONASS, 2003).

Se forem recursos federais e você tiver acesso à internet, pode formular sua denúncia nos endereços eletrônicos:

- Tribunal de Contas da União (www.tcu.gov.br);
- Controladoria Geral da União (www.cgu.gov.br).

Orçamento destinado à Saúde

O orçamento destinado ao Ministério da Saúde para o ano de 2014 será de R\$ 106 bilhões, um aumento de 5% em relação a 2013. A proposta, aprovada pelo Congresso Nacional ainda no ano passado, foi publicada no Diário Oficial da União.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de atender às despesas do ministério e de seus órgãos e entidades da administração indireta, os recursos geridos pelo FNS são transferidos mensalmente aos estados e municípios para o custeio e investimento na área da saúde (CONASS; 2003).

Todos os repasses financeiros realizados pelo Ministério da Saúde levam em consideração fatores como a adesão aos programas federais. Além disso, são utilizados critérios populacionais e epidemiológicos, considerando as características de doenças transmissíveis ou crônicas existentes em cada região.

Em Diamantina a proposta de orçamento para 2014 corresponde a R\$ 18.584.800,00 da receita. Os principais investimentos a serem realizados são a melhoria e ampliação da infraestrutura do setor e a construção de novas unidades de saúde e compra de equipamentos. (PREFEITURA MUNICIPAL DIAMANTINA 2015).

Despesa total com Saúde:

- Em R\$/hab., sob a responsabilidade do Município, por habitante R\$ 387,76.
- Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde 49,34 %
- Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde 0,77 %.
- Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde 32,11 %.

- Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde 11,49 %.
- Subfunções administrativas 46,47 %
- Subfunções vinculadas 53,53 %
- Atenção Básica 18,87 %
- Assistência Hospitalar e Ambulatorial 33,69 %
- Suporte Profilático e Terapêutico 0,00 %
- Vigilância Sanitária 0,52 %
- Vigilância Epidemiológica 0,45 %
- Alimentação e Nutrição 0,00 %
- Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde 69,71 %
- Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000; 20,18 (CONASS; 2003).

Estratégia Saúde da Família

- Implantação e Cobertura

Em Diamantina o acesso a saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por 26 Unidades Básicas com Saúde da Família. Estas unidades são o local onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários de saúde são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde. A Estratégia de Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 100% das unidades. A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar.

Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe de saúde da família é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e de seis a oito Agentes Comunitários de Saúde(ACS). A rede assistencial do SUS em Diamantina

é, em sua quase totalidade, pública. A rede ambulatorial conta com: 01 Policlínica Regional, 01 Farmácia Municipal, 01 Laboratório de Análises Clínicas Municipal, 13 UBS, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 13 Postos de Saúde nos distritos, CAPS AD, CAPS Renascer, dentre outros serviços: 02 serviços de Raio-X, 01 Instituto de Nefrologia, 01 Núcleo de Reabilitação, 02 hospitais: Santa Casa de Caridade e Nossa Senhora da Saúde, 01 clínica Diamante Imagem, 01 Hemominas, Centro de Especialidades Médicas- CISAJE.

Sistema de referência e Contra referência

A unidade de referência para especialidades médicas é a Policlínica “Dr. Lomelino Ramos Couto”, com atendimento nas áreas de: cardiologia, pediatria, urologia, ortopedia, dermatologia, clínica geral, cirurgia geral, angiologia, otorrinolaringologia e outros como: psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, tratamento de DST e Hanseníase. Como Diamantina é sede da Micro e Macrorregião, nesta mesma unidade são atendidos os pacientes de derivação intestinal e urinária (ostomizados); curativos em portadores de lesões com parceria com a equipe da Universidade Federal dos Vales do Mucuri e Jequitinhonha. Além de vacinação, pequenos procedimentos e cirurgias ambulatoriais; triagem Neonatal – teste do Pezinho. O agendamento de consultas especializadas é feita através das Unidades Básicas de Saúde por meio de cotas enviadas para as unidades que seguem fluxos instituídos pela Regulação/Secretaria Municipal de Diamantina. A Policlínica funciona no mesmo prédio que a Santa Casa de Caridade de Diamantina. A entrada permite o acesso aos portadores de necessidades especiais e público prioritário. O ambiente é limpo, bem iluminado, arejado. Possui sala de espera para os pacientes com acesso a sanitários. A estrutura física conta com consultórios, sala de fisioterapia, de vacinas, pequenos procedimentos e pequenas cirurgias, além da sala de pré consulta.

O ambulatório de Saúde Mental CAPS RENASCER e CAPS AD oferecem atendimento em psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, atendimento de enfermagem, serviço social na rotina e atendimento de urgências. O município possui o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO que realiza procedimentos

correspondentes a atenção secundária, ou seja, prótese removível, endodontia, cirurgia, periodontia, estomatologia, e atendimento a pacientes com necessidades especiais. (São atendidos no NAOPE- Núcleo de atendimentos a pacientes especiais) dentro do Hospital Nossa Senhora da Saúde.

O outro prestador é a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Nestes serviços são realizados procedimentos de atenção básica odontológica e de prótese total e parcial removível. Centro de Especialidades Médicas - CISAJE – Atende a 22 municípios com as seguintes especialidades: Cardiologia, pediatria, urologia, ortopedia, dermatologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, serviço social, oftalmologia e ginecologia. O Centro Viva Vida (CVV). Atende infertilidade, gestante de alto risco e criança de baixo peso. O HIPERDIA – atendimento integral aos hipertensos e diabéticos e exames complementares.

Redes de média e alta complexidade

O município de Diamantina tem o serviço de urgência distribuído da seguinte forma: Plantão de Urgência/Emergência – Pronto Atendimento Santa Isabel; Plantão de Urgência/ Emergência em Ortopedia e Obstetrícia – Hospital Nossa Senhora da Saúde. Todos 24 horas/dia. Não há protocolos clínicos de atendimentos dos casos de urgências e emergências. O serviço de urgência da sede possui como suporte de apoio diagnóstico um laboratório, Raio-X, Tomografia. O município dispõe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU (USA e USB), conta com o apoio do Corpo de Bombeiros além de uma ambulância UTI disponibilizado pelo CISAJE aos municípios consorciados. O município conta com o atendimento feito pelos hospitais; Santa Casa de Caridade e Hospital Nossa Senhora da Saúde.

O Hospital Nossa Senhora da Saúde (HNSS) é uma entidade filantrópica de referência macro regional com 165 leitos, dos quais 131 são para atendimento aos usuários do SUS. O mesmo mantém as clínicas: Cirúrgica, Médica, Pediátrica, Ginecológica e Obstétrica além de prestar atendimento ambulatorial. Também

oferece cirurgias nas áreas de ortopedia, urologia, bucomaxilofacial, além dos serviços do Centro Especializado em Reabilitação nível IV.

Conta com o serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 08 leitos de Terapia Intensiva Neonatal e 02 leitos de Terapia Intensiva Pediátrica.

Com a UTINP passamos a ser referência em maternidade de alto risco com toda infra-estrutura necessária. Conta com parcerias do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), SES-MG e ainda com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) através de estágios e realização de pesquisas dos acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, com orientação dos seus respectivos docentes.

A Santa Casa de Caridade de Diamantina presta assistência médica e hospitalar para toda Macro Jequitinhonha, nos atendimentos em Alta e Média Complexidade, dispõe de 86 leitos, sendo 76 disponibilizados para o Convênio SUS em pleno funcionamento distribuídos na Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Neurocirúrgica e CTI Adulto. O Pronto Atendimento Santa Isabel atende cerca de 120 consultas/dia e integra as Redes Regionais de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais. A classificação de risco é realizada através do protocolo de Manchester que prioriza os atendimentos de acordo com a urgência. O Serviço de Hemodiálise atende toda a Macro Jequitinhonha, atualmente com 92 pacientes distribuídos em 03 turnos em 16 pontos. Em nosso município contamos com 324 funcionários da saúde.

HIPERDIA

O HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos nas unidades ambulatoriais do SUS, que gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (DATASUS, 2015). Além do cadastro o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos e, em médio prazo, pode permitir o desenvolvimento do perfil epidemiológico da população, com consequente desenvolvimento de estratégias de saúde pública para modificar e melhorar o quadro atual (DATASUS, 2013). Em Minas Gerais, o Programa HIPERDIA Minas foi estabelecido pela Resolução SES Nº 2606, de 07 de

Dezembro de 2010, e tem como missão: coordenar a rede de atenção à população com HAS, diabetes mellitus (DM), DCV e doença renal crônica (DRC), ancorando-se na prática de novas diretrizes clínicas, principalmente pelas equipes da estratégia de Saúde da Família. Os objetivos do programa são: formular ações voltadas para redução dos fatores de risco, melhorar a qualidade de vida e ampliar a longevidade da população por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade e qualificar os profissionais da rede pública de atenção à saúde para ofertar atenção integral aos usuários portadores das afecções citadas anteriormente (MARQUES, 2010). Na estruturação do HIPERDIA, cabe à atenção primária realizar ações de promoção a saúde, identificar subpopulações de risco para desenvolvimento das comorbidades, realizar diagnóstico, busca ativa dos casos, e cadastro dos usuários portadores de HAS e DM. Também compete a APS estratificar o risco, tratar e acompanhar os casos diagnosticados, prevenir e diagnosticar complicações, encaminhar à atenção secundária quando necessário, elaborar plano de cuidados e realizar primeiro atendimento de urgência e encaminhamento se necessário. Compete à atenção secundária prestar atendimento especializado e apoio

Diagnóstico e terapêutico.

Aos serviços de atenção terciária cabe dar suporte aos portadores de HAS e DM em situações de urgência e emergência e demais alta complexidade (MARQUES, 2010).

Segundo Alves Júnior (2011), o caminho de implantação da rede HIPERDIA aponta para um presente-futuro em Minas Gerais em que a incoerência estrutural do modelo de atenção organizado para o cuidado dos usuários de forma aguda pode ser gradativamente vencido. Dessa forma, espera-se que a missão de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por HAS, DM, DCV e DRC possa ser cumprida.

Área de Abrangência.

PSF Senador Mourão, conta com o setor residencial no casco histórico e 6 comunidades na rosa.

Tabela III

POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012 E 2013.

Faixa Etária	2012		2013	
	Númer	%	Número	%
Menor 1 ano	37	1,10	38	1,12
1 a 4 anos	302	8,94	297	8,78
5 a 9	332	9,83	330	9,75
10 a 14 anos	378	11,20	389	11,50
15 a 19 anos	360	10,66	357	10,55
20 a 49	1221	36,17	1213	35,86
50 a 59 anos	368	10,90	381	11,26
60 anos e +	378	11,20	378	11,18
Total	3376	100	3383	100

Fonte: SIAB Diamantina, 2013

O distrito possui 915 famílias e 3383 habitantes. Dos 3.383 habitantes, 2.437 são alfabetizados. Os principais postos de trabalho são: trabalhadores da firma de plantações de eucaliptos, trabalhadores agros pecuários e em menor grau dos serviços diferente a como acontece na cidade. Existem 35 famílias que recebem apoio com programas sociais como a bolsa de família, 203 tem planos de saúde.

A comunidade possui diversos aglomerados. Muitos moradores vivem em casas cedidas pelo Estado. A principal fonte de emprego é a plantação de eucaliptos, também existe a exploração de diamantes e a criação de gado. O comercio menor é ainda insuficiente.

As principais causas de óbito na região são provenientes de doenças cardiovasculares Em 2014 até outubro de 6 óbitos, sendo 3 de causa cardiovascular, 2 de câncer e 1 de acidente automobilístico, havendo ainda aumento de incidência

de câncer. Dos 26 nascimentos, 3 foram baixo peso ao nascer; não ocorre mortalidade infantil nos menores de um ano desde 2012; antes as principais causas foram as pneumonias e outras doenças infecciosas meningite.

É uma região que aportou muitos casos de doença de Chagas, hanseníase, leishmaniose. A comunidade possui: 07 escolas, 01 creche, 01 paróquia e 11 templos católicos, 3 Evangélicas . 2 padarias, 3 mercearias, 3 postos de venda de vegetais, 3 açougues, 2 quadras de futebol. Também funciona o local de associação comunitária.

Do total das famílias 93,77% possuem energia elétrica; 28,85 % não recebem água tratada. A prestadora de água tratada é a COPASA. Há uma agência dos Correios na Regional, localizada no Bairro Centro, que presta serviços para toda a região.

Existem dentro do distrito 6 escolas, uma creche, 5 comércios , uma padaria entre outros.

Aspectos ambientais

- ✓ 77 % das ruas são pavimentadas;
- ✓ 85% casas possuem saneamento básico;
- ✓ 93 % das casas possuem energia elétrica;
- ✓ 100% da área não têm o serviço de coleta de lixo.
- ✓ 71,15n% das casas contam com o abastecimento de água;
- ✓ Arborização satisfatória.

Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Senador Mourão, funciona de segunda a sexta feira das 8:00 às 17:00 hs. O Posto de saúde Senador Mourão está conformado por dois médicos de família, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, duas faxineiras, um cirurgião dentista, duas técnicas auxiliares de dentista, um motorista, nove ACSs e um gerente do PSF.

A estrutura do nosso PSF possui: dois consultórios clínicos equipados com o conforto e a privacidade necessária para uma ótima consulta, um consultório da enfermeira com mesa ginecológica, sala de curativos com maca, cadeiras e moveis necessários para proteger o material estéril. Na sala de acolhimentos temos televisão, cadeiras suficientes de acordo com o nível da demanda, e armazém de medicamentos com estantes para resguardar os mesmos.

Recepção onde fica o pessoal que orienta o fluxograma de funcionamento do posto assim como os prontuários e as fichas familiares. Um consultório odontológico com duas cadeiras odontológicas funcionando com o mesmo horário do posto. Apresenta uma sala de realização de ECG com equipamento funcionando com a internet capaz de dar resposta a demanda de este serviço. Temos uma sala de vacinação com as geladeiras resguardando as vacinas com a qualidade estabelecida. Temos um espaço que é usado para realização das reuniões da equipe, Uma sala da gerente onde ficam os demais documentos administrativos do posto.

São oferecidas as diferentes atividades que são planejadas nas reuniões da equipe com frequência semanal. Fazem-se consultas de demanda espontânea eletivas de doenças crônicas, atenção pré-natal, puericultura atenção a grupos de idosos, imunização, curativos, suturas de feridas, cuidados de enfermagem, vacinação, farmácia, acolhimento da equipe aos pacientes, atendimento as urgências odontológicas e atendimento básico de odontologia. Fazem-se visitas domiciliares, grupos operativos que devem ser com maior qualidade. Encaminha-se para a atenção secundária e consultas especializadas com o tipo de atendimento ambulatorial do SUS.

Quadro I - Atendimento aos programas pela equipe da UBS de Senador Mourão de abril-agosto 2014

PROGRAMAS REALIZADOS	NÚMEROS
Puericultura	56
Pré-natal	30
Prevenção câncer cérvico uterino	48
Diabetes	96
Hipertensão	203
Tuberculose	00
Hanseníase	01
Asma	25

Quadro II - Procedimentos realizados pela equipe da UBS de Senador Mourão de abril-agosto 2014.

Procedimentos	1540
Consultas de enfermagem	320
Consultas médicas	834
Curativos	86
Visitas domiciliares	48
Retirada de pontos cirúrgicos	06
Reunião de equipe	10
Terapia de reidratação oral	08
Inalação	14

Dados da sala de estatística da prefeitura municipal de Diamantina.

2. JUSTIFICATIVA

A HAS é considerada uns dos principais problemas de saúde Pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE *et al*, 2010)

Os custos pelas internações devido a doenças cardiovasculares (DCV) são muito altos e com o aumento dos níveis pressóricos a mortalidade por DCV aumenta (NOBRE *et al*, 2010). De acordo com o Sistema de informações de mortalidade do ministério de saúde brasileiro(SIM) 2010 as DCV são a principal causa de morte no país representando 31,2% das causas de óbito em todas as regiões do país.

A equipe de saúde Senador Mourão realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado alta prevalência de pacientes sem controle da pressão arterial na comunidade. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

A equipe após análise da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3. OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle dos níveis da pressão arterial sistêmica em pacientes hipertensos na população atendida no PSF Vida Nova de Senador Mourão. Diamantina/MG.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi: Alta prevalência de pacientes hipertensos sem controle dos níveis de pressão arterial. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe a traves das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Para atualizar os conhecimentos sobre hipertensão foi realizada uma revisão teórica e científica sobre hipertensão e seu controle, sendo consultados artigos científicos e normas e protocolos técnicos do Ministério da saúde e sociedade Brasileira de cardiologia.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Os FR avaliados serão os necessários para possibilitar a estratificação de risco pela escala de Framingham revisada: idade, HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e DM. Durante o cadastramento, os ACS's juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos.

Seguindo os critérios de encaminhamentos para o centro de hiperdia:

- Usuários com HAS resistente.
- Usuários com suspeita de HAS secundária.
- Usuários com HAS de alto e muito alto grau de risco cardiovascular.

Quadro IV - Critérios de risco cardiovascular para encaminhamento ao Centro de HIPERDIA

Grau de risco cardiovascular	Critérios	Parâmetro (Prevalência)
Alto	Maior de 20 % de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado suficiente e/ou Lesão ao órgão alvo identificadas com capacidade de autocuidado suficiente, em ausência de condições clínicas associadas.	20 % dos hipertensos.
Muito Alto	Maior de 20 % de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou Lesão ao órgão alvo identificadas com capacidade de autocuidado insuficiente. Em presença de condições clínicas associadas.	5 % dos hipertensos.

Finalmente para lograr a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5- REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Sendo que no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006,p.7).

Como a hipertensão é uma doença que fica a maior parte de seu curso assintomática, vem sendo, muitas vezes, negligenciado o seu diagnóstico e tratamento, o que faz com que a adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte dos pacientes. Sendo assim, um dos principais fatores é a dificuldade no controle da hipertensão devido à recusa de seus pacientes que não aceitam a condição da doença crônica não ter cura (BRASIL,2006).

No Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte, em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, Também são responsáveis pelo o alto custo das internações. Como exemplo em 2007 foi registrado 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33(DATASUS, 2013). "A doença renal terminal, freqüente na HAS, incluiu 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007" (NOBRE *et al*, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010*apud* BRASIL, 2013)

As mudanças dos estilos de vida, tanto individual ou coletiva, são fundamentais

para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas

Preconizadas pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2006), são recomendadas:

- Alimentação adequada;
- Diminuição do consumo de sal;
- Controle do peso;
- Prática de atividade física;
- Diminuição do uso de tabaco e álcool.

[...] Pensando nisso, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada (BRASIL, 2011).

A partir desta política, o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, como objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4mil municípios até 2015. “Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apóia e financia programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país em 2011” (BRASIL, 2011, p.10).

Quanto ao sucesso da política antitabaco, destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nas embalagens do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para ampliar as advertências nos maços de cigarro, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros (BRASIL, 2011).

No que concerne ao município de Diamantina, estamos em fase de implantação Política Antitabaco, já fizemos o levantamento dos usuários, o projeto e a aquisição de medicamentos. Porém somente em segundo semestre de 2015 os medicamentos irão chegar.

Ressaltam-se outras ações tais como a determinação à promoção do Programa Saúde na Escola, a Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar, com a Implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); reformulação de espaços físicos visando à prática de aulas regulares de educação física; e prática de atividade física no contra turno (Programa Segundo Tempo) (BRASIL,2011).

A atenção básica do meu Município já faz o trabalho de controle da obesidade nas escolas da área de abrangência, onde se verificou o índice de massa corporal. Porém, a ausência de um profissional nutricionista na equipe tem dificultado um êxito e rendimento maior no trabalho. É um profissional imprescindível neste tipo de atividade.

Com o Programa Academia da Saúde serão construídos espaços saudáveis que vão viabilizar ações de promoção da saúde e estimularão a atividade física/práticas corporais, em articulação com a Atenção Primária à Saúde(BRASIL,2011).

Além de auxiliar no controle da pressão, as atividades físicas contribuem para melhora das condições físicas e psicológicas. A Política Nacional de Promoção à Saúde, a qual refere que as atividades físicas devem fazer parte dos trabalhos da atenção básica, e que se devem buscar parcerias Inter setoriais para garantir espaços públicos e realizar mobilização da população.(GIROTO *et al*, 2013)

[...] Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, porém com resultados conflitantes. “Meditação, musicoterapia, bi feedback, yoga, entre outras técnicas de controle do estresse, foram capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos” (DIMSDALE,2008 *apud* NOBRE *et al*, 2010)

Os grupos operativos são uma boa estratégia no processo de educação permanente na atenção primária, pois apoiam as pessoas a conhecerem mais e melhor suas condições de vida e de saúde e a realizarem as ações de autocuidado que estiverem ao seu alcance, estimulando sua autonomia. Incentivar para mudanças de comportamentos desejáveis. Melhora a harmonia entre os profissionais e os usuários. Avaliar a conduta clínica e os resultados dos indicadores de Saúde. Promover o acesso aos recursos e às ações dos serviços de Saúde. Equacionar as necessidades de mudança de hábitos de vida e as formas de lidar melhor com o adoecimento. Dividir experiências no manejo das situações cotidianas relacionadas às condições crônicas e esclarecer dúvidas e curiosidades. Racionalizar recursos e tempo da equipe. Ajudar os participantes a elaborar suas vivências afetivas, sentimentos e convívio com suas condições de saúde, reconhecendo e/ou ampliando suas próprias potencialidades. Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde. Buscar maior adesão ao tratamento. Fortalecer a auto-estima dos participantes. Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões. Criar integração na comunidade. Favorecer a criação de redes de cuidado. Construir os objetivos de tratamento de forma participativa. Complementar e qualificar as atividades assistenciais (VIEIRA, 2014).

Podem ser desenvolvidas pelas diferentes técnicas educativas como: Exposição, mesa redondas, filmes e vídeos didáticos, atividades de lazer esportivas, escuta de músicas. Que melhoram a permanência e alcançar os objetivos planejados com o grupo.

Através da participação em grupo, o sujeito pode, pela troca de vivências, aprender com as experiências mútuas, repensar sua forma de agir frente à doença e, conseqüentemente, vir a mudar seus hábitos.

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como. Doença cerebrovascular, Doença arterial coronariana, Insuficiência cardíaca, Doença renal crônica, Doença arterial

periférica.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento”. (PINHO *et al*, 2006, p.8)

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Síntese dos Problemas Levantados

Em reunião da equipe foram identificados os seguintes problemas:

- ✓ Elevado número de pacientes com doenças crônicas de foro psiquiátrico por não adesão terapêutica.
- ✓ Alta incidência de pacientes sem controle da pressão arterial
- ✓ Falta de rede de esgoto e coleta de lixo em parte da área de ocupação do bairro Centro.
- ✓ Falta de coleta de lixo em parte da área do Bairro Centro.
- ✓ Alcoolismo.
- ✓ Gravidez precoce.

Depois de identificar os problemas a equipe determinou prioridades dos mesmos baseados em dois critérios:

- **Importância:** se refere ao tamanho e amplitude do problema.
- **Capacidade de intervenção:** é o quanto a equipe tem de governabilidade, recurso humano, qualificação técnica, recurso material e tecnológico (tecnologia leve, moderada e dura) para enfrentar e resolver o problema.

Cada membro da equipe escolheu um problema por critério, depois se fez uma somatória de participantes por cada problema e se deu ordem de prioridade.

Quadro III - Priorização dos problemas.

Problemas	Importância	Capacidade intervenção	Pontuação total	Ordem de prioridade
Alto número de pacientes hipertensos sem controle da Pressão arterial.	4	3	7	1
Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.	2	4	6	2
Elevada prevalência de problemas de saúde mental e	3	2	5	3

elevado consumo de medicamentos controlados.				
Falta de rede de esgoto e coleta de lixo em parte da área de ocupação do bairro Centro.	1	2	3	4
Alta Incidência de Gravidez na adolescência	2	1	3	5

O principal problema priorizado pela equipe foi “alto número de pacientes hipertensos sem controle da Pressão arterial”

É frequente como causa de demanda espontânea a Hipertensão Arterial Sistêmica associada a Diabetes Mellitus demandando muitas ações além que os pacientes chegam com dano a órgãos alvos diminuindo a qualidade de vida desses pacientes. Acrescentando o número de internações e complicações por esse motivo.

Isto é causado porque geralmente as pessoas não têm hábitos de vida saudáveis, comem muita gordura, farinhas, muita sal nas comidas, não praticam atividades físicas saudáveis por consequente muitos ficam obesos. Não tomam os medicamentos como foram prescritos pelo o médico e muitas vezes abandonam o tratamento porque acham que quando não tem sintomas não é necessário tomá-los. Não estão conscientes do perigo das complicações, pois faltam ações de promoção pelos ACSs que tem baixo nível de informação sobre essa doença e o perigo de complicações. Faltam às consultas planejadas, pois não dão importância as mesmas. Abandonam as consultas do programa de hiperdia; tem pacientes que devem ser avaliados para encaminhamento ao centro de hiperdia, por consequente baixa adesão a este programa.

Identificação dos "nós críticos"

A equipe determina que as principais causas deste problema sejam:

1. Hipertensão arterial sem controle.
2. Costumes socioculturais inadequados sobre o consumo de alimentação não saudável e o sedentarismo.

3. Hábitos e estilos de vida inadequados: alcoólicos, fumantes.
4. Família disfuncional: Poucas atividades de lazer saudáveis que contribuíam a diminuir o estresse além da violência familiar, problemas econômicos e sociais que influem negativamente na estabilidade do núcleo familiar.
5. Pacientes que não tomam os medicamentos apropriadamente e muitas vezes abandonam o tratamento.
6. Pouco conhecimento desses pacientes sobre as ações de autocuidado, pois não ficam cientes do perigo das complicações.
7. Baixa adesão e abandono dos pacientes a o programa de perdia.
8. Poucas e insuficientes atividades com os grupos operativos.

Atingindo ao problema prioritário nossa equipe pretende fazer um conjunto de ações para conseguir um impacto positivo na solução do mesmo. Trabalhando com inter relação as entidades que possam nos ajudar e evitar que este problema siga afetando a qualidade de vida de nossos pacientes.

Desenho de operações para os “nós”críticos do problema Alta incidência de HAS sem controle

“Quadro VI – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema” HAS sem controle, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova Senador Mourão, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico 1	Hipertensão arterial sem controle
Operação	Acompanhamento Ótimo.
Projeto	Aumentar a qualidade de acompanhamento desses pacientes
Resultados esperados	Fazer El 70 % das consultas programadas e com qualidade conforme os protocolos de atendimento para HAS
Produtos esperados	Linha de cuidado para HAS implantada, Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura municipal
Recursos	Estrutural:

necessários	Cognitivo: elaboração e adequação Financeiro: aumento das consultas, exames Político: decisão de recursos para estruturar o serviço
Recursos críticos	Financeiros: Aumento de exames e meios diagnósticos, medicamentos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Enfermeira Maria Thereza Lopes, Dr. Yunalvis Pena
Cronograma / Prazo	2 meses para o início 6 meses para avaliar resultado
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mediante planilhas, nas reuniões da equipe com os responsáveis

“Quadro VII - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema HAS sem controle, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova Senador Mourão, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados: alcoólicos, fumantes, consumo de alimentação não saudável e o sedentarismo
Operação	+ Saúde
Projeto	Modificar estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir em 10 % número de tabagistas, alcoólicos. Aumentar a incorporação de pacientes a atividades físicas em 20 %. Diminuir em 5 % o número de pacientes obesos ou conseguir diminuição do peso corporal de 5 % em um ano.

Produtos esperados	<p>-Palestra com vídeo conferência sobre hábitos de vida saudáveis.</p> <p>-Programas de exercícios e caminhadas.</p> <p>-Implantação do curso cozinha Brasil receitas saudáveis.</p> <p>-Implantação do grupo antitabagismo.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Prefeitura municipal</p> <p>-Prefeitura municipal de educação.</p> <p>-Secretaria municipal de saúde.</p>
Recursos necessários	<p>Organizacional: para caminhadas e exercícios físicos.</p> <p>Cognitivo: informação estratégias sobre hábitos de vida saudáveis.</p> <p>Político: Conseguir local para as palestras, mobilização social intersetorial com educação, prefeitura municipal.</p> <p>Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos sobre os temas</p>
Recursos críticos	<p>1-Políticos: Trazer o curso de cozinha Brasil para o território,</p> <p>2-Financeiros: Recurso humano especializado em educação física, psicologia, nutrição, assim como farmacologia. Folhetos.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>1-Favorável</p> <p>2-Indiferente</p>
Ação estratégica de motivação	<p>1-Não são necessárias estratégias.</p> <p>2- Apresentação de projeto a prefeitura municipal e secretaria de saúde.</p>
Responsáveis:	Enfermeira Maria Thereza
Cronograma / Prazo	<p>Início 3 meses.</p> <p>Prazo para culminar 6 meses</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mediante planilhas, nas reuniões da equipe com os responsáveis de 15 em 15 dias.

Quadro VIII – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema HAS sem controle, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova Senador Mourão, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico 3	Pouco conhecimento desses pacientes sobre as ações de autocuidado, pois não ficam cientes do perigo das complicações
Operação	Saber +
Projeto	Aumentar o nível de informação sobre o perigo de complicações cardiovasculares e aprender cuidar-se.
Resultados esperados	População mais informada sobre o perigo de complicações cardiovasculares e ações de autocuidado.
Produtos esperados	1-Consultas de qualidade para assegurar uma boa adesão ao tratamento. Palestras sobre o tema. 2-Fazer questionários sobre os fatores que incidem na não adesão ao tratamento.
Atores sociais/responsabilidades	-Agentes comunitários de saúde. Prefeitura municipal de educação.
Recursos necessários	Organizacional: Organizar a agenda. Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação e auto cuidado. Político: Participação intersetorial com a educação e a prefeitura municipal. Financeiros: recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Recursos críticos	Financeiros: Folhetos e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	1-Favorável
Ação estratégica de	1-Não são necessárias estratégias.

motivação	
Responsáveis:	Enfermeira Maria Thereza.
Cronograma / Prazo	Início 2 meses. Prazo para culminar 4 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mediante planilhas, nas reuniões da equipe com os responsáveis de 15 em 15 dias.

Quadro IX – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema HAS sem controle, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova Senador Mourão, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico 4	Pacientes que não tomam os medicamentos apropriadamente e muitas vezes abandonam o tratamento
Operação	+ Conhecimentos
Projeto	Importância de correta adesão ao tratamento
Resultados esperados	População mais informada sobre importância de correta adesão ao tratamento. 60 % dos pacientes com correta adesão ao tratamento
Produtos esperados	Programa de geração de emprego e renda: Estimular e identificar oportunidades de trabalho assalariado autônomo para população desempregada, deficientes. Projeto de Usina de Programa de fomento da cultura da paz. Rede Saúde e Paz.
Atores sociais/ responsabilidades	1- Associações de bairro, Ministério de ação social 2- Cultura e lazer, ONGs, Sociedade civil, Defesa Social

Recursos necessários	<p>Organizacional: participação social e intersetorial integrada.</p> <p>Cognitivo: Conhecimentos sobre importância do tratamento e farmacologia dos medicamentos.</p> <p>Político: Parceria com educação e saúde, conseguir o espaço para as atividades.</p> <p>Financeiros: Material audiovisual e folhetos. Recurso humano treinado.</p>
Recursos críticos	Financeiros: Folhetos e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não são necessárias estratégia.
Responsáveis:	Enfermeira Maria Thereza Lopes.
Cronograma / Prazo	2 meses para o início; 5 meses para avaliar resultado.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mediante planilhas, nas reuniões da equipe com os responsáveis

Quadro X – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema HAS sem controle, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova Senador Mourão, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico 5	Família disfuncional: Poucas atividades de lazer saudáveis que contribuíam a diminuir o estresse, além da violência familiar, problemas econômicos e sociais que influem negativamente na estabilidade do núcleo familiar
Operação	Viver Melhor

Projeto	Conseguir a estabilidade psicoemocional econômica das famílias.
Resultados esperados	Diminuição do desemprego em 10 %, Aumento de atividades de lazer saudáveis 20 % das famílias.
Produtos esperados	População mais informada sobre importância de correta adesão ao tratamento. 60 % dos pacientes com correta adesão ao tratamento.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura municipal e educação.
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema de elaboração e gestão de projetos de geração de empregos e renda, também sobre o tema da violência familiar e atividades de lazer. Político: Aprovação dos projetos, mobilização social em torno do tema da violência. Financeiros: Financiamento dos projetos.
Recursos críticos	1-Político: Mobilização social em torno das questões de desemprego e violência social. 2-Fomentar a cultura da Paz
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	1-Favorável. 2-Algumas são favoráveis e outras não
Ação estratégica de motivação	1-Não é necessária estratégia. 2- Apresentar o projeto, Apoio das associações
Responsáveis:	Técnico de enfermagem: Masxriel Ferreira
Cronograma / Prazo	3 meses para o início 5 meses para avaliar resultado.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mediante planilhas, nas reuniões da equipe com os responsáveis.

Quadro XI – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema HAS sem controle, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova Senador Mourão, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico 6	Baixa adesão e abandono dos pacientes a o programa de hiperdia
Operação	Linha de cuidado
Projeto	Aumentar a funcionalidade dos grupos operativos
Resultados esperados	Conseguir estabilidade e eficiência em 50 % dos grupos operativos.
Produtos esperados	Fluxo apropriado de pacientes incorporados ao programa Hiperdia. Avaliação de 100 % dos hipertensos para incorporação ao programa
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde; Prefeitura municipal.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecer os critérios para referência a centro de Hiperdia. Político: Intersetorialidade entre as redes de atenção à saúde. Financeiros: Exames, meios diagnósticos, recursos humanos especializados.
Recursos críticos	1-Político: Estruturação das redes de atenção
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	1-Favorável
Ação estratégica de motivação	1-Não é necessária estratégia.
Responsáveis:	Técnica de enfermagem: Emiliane Aguiar
Cronograma /	2 meses para o início 4meses para avaliar resultado.

Prazo	
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mediante planilhas, nas reuniões da equipe com os responsáveis.

Quadro XII– Operações sobre o “nó crítico 7” relacionado ao problema” HAS sem controle, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida Nova Senador Mourão, em Diamantina, Minas Gerais

Nó crítico 7	Poucas e insuficientes atividades com os grupos operativos
Operação	Cuidar Melhor
Projeto	Conseguir boa adesão a o programa HIPERDIA
Resultados esperados	Aumentar 20 % o número de pacientes incorporados ao programa Hiperdia que precisem deste nível de atenção.
Produtos esperados	Grupos operativos funcionando com eficiência. Discussão da metodologia empregada na prática com os grupos operativos nas reuniões da equipe. Atividades que estimulem a participação nos grupos operativos como caminhadas saudáveis, dança-terapia, implementação de jogos didáticos.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeitura municipal.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimentos de estratégias de comunicação, e quais são as diretrizes que regem o funcionamento desses grupos operativos. Políticos: Intersetorialidade parceria com educação e a prefeitura. Financeiros: Recursos audiovisuais, Folhetos, Pessoal da

	saúde treinado.
Recursos críticos	Financeiros: Recursos audiovisuais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	1-Indiferente.
Ação estratégica de motivação	1-Apresentação do projeto.
Responsáveis:	Técnica de informática:Graziele Nunes
Cronograma / Prazo	3meses para o início 5 meses para avaliar resultado.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mediante planilhas, nas reuniões da equipe com os responsáveis.

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que esse trabalho possa contribuir na ampliação e melhoria das ações já desenvolvidas e dar mais um passo na consolidação do trabalho da equipe, melhorando as condições de saúde e de vida da população hipertensa da área de abrangência.

Nossa equipe através do projeto quer contribuir na mudança para melhorar as condições de vida de nossos pacientes hipertensos, trabalho que vai ser monitorado nas reuniões da equipe com as planilhas de acompanhamentos aos projetos para qualquer dificuldade que surja no curso do desenvolvimento do plano de intervenção seja corrigida. Também com a estratificação de risco cardiovascular propiciar um melhor acompanhamento e fazer uso adequado das redes de atenção secundária e terciária; resgatar as atividades com os grupos de hipertensos vai ser um pilar essencial na mudança de estilos de vida assim como os grupos antitabagismo.

Almejamos que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso objetivo que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério de Saúde e melhorar a qualidade de vida e saúde dos pacientes hipertensos diminuindo o número de internações e gastos de recursos assim como aperfeiçoar o trabalho da equipe.

8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES JUNIOR, C. A. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede HIPERDIA de Minas Gerais**, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Brasília, 2011, 22p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

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

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2010. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:25 maio.2015

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em:26 jul. 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2010 Cidades@. Brasília,[online], 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 25 maio.2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2011Cidades@. Brasília,[online], 2011. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 25 maio.2015.

D'AGOSTINO, R. B.; Vasan R. S.; Pencina M. J.; et al. **General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study**. Circulation. 2008; 117: 743-753.]

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p1763-72, 2013.

MARQUES, A. J. S. **Resolução SES Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010**, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, Dez. 2010, 10p.

Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS, 2010. Disponível em: <[HTTP:WWW.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb)>. Acesso em: 30 de jun, 2015.

Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS, 2013. Disponível em: <[HTTP:WWW.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb)>. Acesso em: 2 de jul, 2015.

Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS, 2014. Disponível em: <[HTTP:WWW.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb)>. Acesso em: 10 de jul, 2015.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro , vol.13, n.1, Jan/Mar. 2010.

PINHO, A.L. et al; Cadernos de atenção Básica No 15. Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília DF, 1ªed, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso: 16 jun. 2015.

PREFEITURAMUCIPAL DIAMANTINA MG. História de Diamantina. Disponível em: <<http://www.diamantina.mg.gov.br>>. Acesso em: 5 de jun. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DIAMANTINA . Lei orçamentária anual 2015. Câmara Municipal de Diamantina. Disponível em: <<http://www.camaramunicipaldiamantina.cam.br>>. Acesso em: 27 jun, 2015

SENADOR MOURÃO MG. Senador Mourão quem sou eu. Disponível em: <<http://www.senadormourao.blogspot.com.br>>. Acesso em: 5 de jun, 2015.

VIEIRA, A.R. et al; Educação para o cuidado em grupos, Cadernos de Atenção Básica No 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**, Brasília DF 1ªed, 2014, p.140. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso: 16 jun. 2015

ANEXOS

ANEXO A

Tabela 3 - Escore de Framingham revisado para homens

Score de Framingham para homens								
Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS	PAS	Tabagismo	Diabetes	
-			6		<12			
-			5					
0	30-		4	<16	120	<12	NÃ	N
1			3	160-	130			
2	35-		<	200-	140	120-		
3				240-	160	130-		SI
4				280		140-	SIM	
5	40-					160		
6	45-							
7								
8	50-							
9								
1	55-							
1	60-							
1	65-							
1								
1	70-							
1	75							

Fonte: *General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study, 2008.*

Legenda: PAS – Pressão Arterial Sistólica, HDL - *High Density Lipoproteins*.

ANEXO B

Tabela 4 - Estimativa de risco cardiovascular para homens

Pontos	Risco	
	cardiovascular	% (10
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	21,6	
16	25,3	
17	29,4	
18+	Maior que 30	

Fonte: *General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study, 2008.*

ANEXO C

Tabela 5 - Escore de Framingham revisado paramulheres

Score de Framingham 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: *General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study, 2008.*

Legenda: PAS – Pressão Arterial Sistólica, HDL - *High Density Lipoproteins*.

ANEXO D

Tabela 6 - Estimativa de risco cardiovascular para mulheres

Pontos	Risco cardiovascular %(10anos)
Menor ou igual a-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	Maior que30

Fonte: *General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study, 2008.*