

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DANIELLE PESSÔA MACHADO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE  
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA HELENA I,  
CONTAGEM, MG**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2014**

DANIELLE PESSÔA MACHADO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE  
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA HELENA I,  
CONTAGEM, MG**

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.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2014

DANIELLE PESSÔA MACHADO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE  
DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA HELENA I,  
CONTAGEM, MG**

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.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Banca examinadora

Prof.: André Luiz dos Santos Cabral - Orientador

Profa.: Flávia Latini – Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte 15 / 02 / 2014

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família e ao meu namorado pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

Ao meu orientador pelo auxílio e dedicação.

A Jandira pelas orientações e preocupação.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe do PSF Santa Helena pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

**“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo  
de vencer!”  
(Mahatma Gandhi)**

## RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado pela Equipe de Saúde da Família I, do Programa de Saúde da Família (PSF) Santa Helena, em Contagem, Minas Gerais, com o objetivo de melhorar o controle dos pacientes com HAS. Para abordagem dos pacientes será feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, criação do HIPERDIA, encaminhamento para especialistas nos casos em que houver indicação e criação dos grupos. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se a abordagem da HAS como doença crônica, aumento da adesão da população às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência do PSF Santa Helena.

Palavras-chave: Hipertensão, Fatores de risco, Atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

In public health statistics realizes that Hypertension has a high prevalence and low control rates, been considered one of the most important public health problems. The cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and that increase progressively with increasing blood pressure. The adequate control of patients with Hypertension should be a priority for Primary Care from the principle that the early diagnosis, good control and appropriate treatment of this condition are essential for reduction of adverse cardiovascular events. This work proposes the creation of an action plan to be implemented in the Family Health Team I, Program Family Health (PSF) Santa Helena, in Contagem, Minas Gerais, in order to improve the control of patients with Hypertension. To approach the patients will be done the registration and the stratification of cardiovascular risk by Framingham score, followed by targeted approach, with appointment scheduling by priority, creation of the HIPERDIA, referral to specialists in cases where there is an indication and create groups. From the implementation of the action plan proposed it is intended to approach Hypertension as a chronic disease, increased adherence of the population to changes in lifestyle and proper use of medications. To stimulate the autonomy of individuals in relation to their health status and to provide quality of life improvements this project intends to contribute significantly to improving the health and life conditions of the population of the area of PSF Santa Helena.

Keywords: Hypertension, Risk factors, Primary health care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Crescimento populacional de Contagem entre os anos de 2000 e 2010.....	14
Tabela 2 - Percentual de acesso a infraestrutura básica da população do PSF Santa Helena I de Contagem, em janeiro de 2013.....	15
Tabela 3 - Escore de Framingham revisado para homens.....	19
Tabela 4 - Estimativa de risco cardiovascular para homens.....	20
Tabela 5 - Escore de Framingham revisado para mulheres.....	21
Tabela 6 - Estimativa de risco cardiovascular para mulheres.....	22
Tabela 7 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).....	31
Tabela 8 – Cromograma das atividades propostas pelo Projeto de Intervenção para melhoria do controle dos pacientes com HAS do PSF Santa Helena I.....	39



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da abordagem anual dos pacientes hipertensos a partir da classificação de risco cardiovascular baseada na escala de risco de Framingham revisada.....	37
---	----

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético.....	47
Anexo 2 – Ficha de acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético.....	48
Anexo 3 – Ficha B – HA.....	49

## 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
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
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
LILACS	Biblioteca da Literatura Técnica e Científica da America Latina e Caribe
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
ProVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>a. Contextualização do território .....</b>	<b>13</b>
<b>b. Diagnóstico situacional .....</b>	<b>17</b>
<b>c. Classificação de risco cardiovascular .....</b>	<b>18</b>
<b>d. HIPERDIA .....</b>	<b>23</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>25</b>
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>27</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>28</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### a. Contextualização do território

O município de Contagem situa-se na região central de Minas Gerais, a 21 Km da capital, tem a terceira maior população do estado. Com o tempo, os limites geográficos da cidade perderam-se em virtude do crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando intensa conurbação, e hoje integrando a Região Metropolitana de Belo Horizonte. O atual prefeito é Carlin Moura, o vice-prefeito João Guedes e o secretário de saúde Ricardo Faria (BRASIL, 2013).

O primeiro marco histórico do município foi o posto de fiscalização no Sítio das Abóboras, início do século 18. A transferência da capital de Ouro Preto para Belo Horizonte em 1897 impulsionou o crescimento de Contagem. Contagem transformou-se em município em 1911, em 1938 perdeu sua autonomia administrativa tornando-se distrito de Betim, restaurando a autonomia em 1948 (BRASIL, 2013).

A partir de 1930, Contagem passou a ocupar um lugar central no desenvolvimento mineiro. A criação do Parque Industrial, hoje Cidade Industrial, foi a primeira e principal medida na aposta do caminho da industrialização no município. A tradição urbano-industrial da cidade deixou marcas na formação da paisagem urbana, na cultura, e no caráter da gente de Contagem. Hoje, é a terceira cidade mais rica de Minas Gerais e a segunda na geração de empregos (BRASIL, 2013).

O município possui 195km<sup>2</sup> de área total, com 603.442 habitantes e densidade demográfica de 3.090,33 hab/km<sup>2</sup>. Segundo dados de 2008, o Produto Interno Bruto (PIB) era de R\$14.869.758,980 milhões e o PIB per capita de R\$24.070,88. A taxa de crescimento populacional foi de 1,16% ao ano (BRASIL, 2010). Na tabela 1 está representada a comparação do crescimento da população do município de Contagem entre os anos de 2000 e 2010 dividido por faixas etárias:

Tabela 1 - Crescimento populacional de Contagem entre os anos de 2000 e 2010

	2000	2010	Crescimento (%)
Tamanho população	537.806	603.442	13
População urbana	533.122	601.449	13
0 a 14 anos	147.002	129.486	11
15 a 29 anos	162.554	167.095	2,7
30 a 39 anos	89.355	104.189	16,6
40 a 59 anos	105.722	146.910	39
60 anos ou mais	33.577	55.762	66

Fonte: Censo IBGE, 2010

De acordo com o Censo IBGE/2010 a taxa de analfabetismo entre maiores de 10 anos era de 3,4% e 11.382 pessoas viviam em situação de extrema pobreza. O IDH médio era de 0,794. Eram cerca de 203.000 trabalhadores. A economia era diversificada, baseada principalmente no comércio e na indústria (BRASIL, 2010).

O Hospital Municipal de Contagem e a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Geraldo Pinto Vieira, conhecida como Hospital JK, são os serviços de maior porte das redes de média e alta complexidade. Na atenção secundária são realizadas consultas médicas especializadas em centros de referência como o Iria Diniz. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são referência na área da saúde mental.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem (2011), em relação a Atenção Primária a Saúde (APS) o município contava com dezessete Unidades Básicas de Saúde (UBS), um posto de saúde e sessenta e nove unidades de saúde da família. Todas com área de abrangência definida, constituindo a porta de entrada na Atenção Básica (AB). Eram, em 2011, mais de 100 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas nos diversos distritos sanitários.

A Unidade de Saúde da Família estudada se situa no bairro Santa Helena. A comunidade tem acesso a correios, bancos, serviço de telefonia e igrejas. Possui creches e escolas de ensino fundamental e médio.

A maioria dos métodos diagnósticos, como de imagem e patologia clínica, é realizada nas UPAs ou no laboratório de referência. Métodos diagnósticos de alto custo são realizados em centros especializados. A dispensação de medicamentos é feita pela Farmácia Distrital. Há também clínicas médicas particulares na região.

Os dados do PSF Santa Helena I exemplificam a realidade da comunidade. A tabela 2 a seguir evidencia o percentual de acesso a infraestrutura básica da população adscrita:

Tabela 2- Percentual de acesso a infraestrutura básica da população do PSF Santa Helena I de Contagem, em janeiro de 2013

Recursos	Número de famílias	Percentual (%)	Percentual município (%)
Casa com tijolo	1107	100	-
Energia elétrica	1107	100	100
Água filtrada	1105	99,8	99,4
Sistema de esgoto	1027	93,6	92,6

Fonte: Dados estatística PSF Santa Helena I, Contagem, 2013

A unidade do PSF Santa Helena I, equipe 64, divide espaço com o PSF Santa Helena II, equipe 65, na Unidade de Saúde Pública Municipal, situada à rua Délio da Consolação Rocha, 705 – Bairro Santa Helena, Contagem e que foi inaugurada recentemente no edifício antes ocupado por um Centro de Saúde.

O PSF Santa Helena I tem 1107 famílias cadastradas e 3445 usuários. Desses, 34,6% tem cobertura de plano de saúde. As afecções mais prevalentes são hipertensão arterial 13,2%, diabetes 2,9% e alcoolismo 1,0%. O funcionamento é de 8 às 17 horas de 2ª à 6ª feira. A equipe do NASF possui: psiquiatria, pediatria, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional. Não há prontuário eletrônico. Dispõe-se de alguns medicamentos para atendimento inicial das urgências/emergências e são utilizadas ambulâncias do SAMU quando necessárias.

A ESF Santa Helena I conta com uma médica (ProVAB), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS's) e um auxiliar administrativo. Atendem as duas equipes: duas técnicas de vacinação, um auxiliar de serviços. A jornada é de 40h semanais e de 32h semanais para a médica do ProVAB, sendo as outras 8h dedicadas a estudo.

As condições estruturais, de conservação, e os espaços são de porte adequado para as duas equipes. A unidade é composta por: recepção/sala de espera, 2 arquivos de prontuários, 2 salas de pré-consulta, 2 consultórios médicos e 2 de enfermagem, consultório do NASF, sala de vacinação, sala de curativos e

procedimentos, sala de reuniões, sala de administração, pátio externo com tanques, almoxarifado e banheiros.



## **b. Diagnóstico situacional**

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal da equipe 64 – PSF Santa Helena I. Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades), a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados.

A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: importância do problema (alto, médio, baixo), urgência e capacidade de enfrentamento. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, a falta de controle dos paciente hipertensos foi citado como o principal problema a ser resolvido. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade do uso da medicação, negligência em relação aos exames de controle, frequência às consultas periódicas e falta de adesão às mudanças de estilo de vida.

O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de usuários hipertensos. Dos 3445 usuários, 13,2% são hipertensos. Isso já infere o grau de urgência, pois são responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com as descompensações agudas da doença. A solução do problema está quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe que, para melhor enfrentá-lo, deve classificar os pacientes em grupos de risco, instituir o HIPERDIA, criar grupos específicos de controle, dentre outras medidas.

As informações sobre o controle dos pacientes hipertensos foram baseadas na análise dos dados das fichas de produção, citadas anteriormente, e nas reuniões de equipe realizadas mensalmente no período de março de 2013 até novembro de 2013, na unidade de saúde com a ESF Santa Helena I.

### **c. Classificação de risco cardiovascular**

Para a classificação em grupos de risco será usada a escala de risco de Framingham revisada de acordo com D'Agostino et al. (2008), que consiste em um algoritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV) que podem ser usados na APS para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as DCV. Esse algoritmo se estende e expande na formulação de risco geral de DCV anterior, em relação a primeira escala de risco de Framingham, com base em um número maior de eventos, incorpora HDL colesterol e estima o risco de DCV absoluta, de acordo com a escala modificada (D'AGOSTINO et al., 2008). A proposta de D'Agostino et al. (2008) foi criar uma ferramenta de avaliação de risco multivariável única que permitesse identificar candidatos de alto risco para eventos cardiovasculares ateroscleróticos iniciais utilizando medidas prontamente disponíveis na clínica e laboratório. A Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG/2012) denominou a estratificação de risco cardiovascular de D'Agostino et al. (2008) como Framingham Revisado e recomenda a utilização dessa escala para realizar a estratificação de risco cardiovascular em usuários hipertensos (MEIRELES et al., 2013).

As tabelas 3 a 6, apresentadas a seguir, trazem a estimativa do risco cardiovascular em 10 anos (morte coronariana, IAM, insuficiência coronariana, angina, AVC isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca) em pessoas sem doença cardiovascular ao exame inicial. Os usuários que apresentem doença cardiovascular ao exame clínico inicial (insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou mais, história de acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório) já são classificados como alto risco (D'AGOSTINO et al., 2008).

Tabela 3 - Escore de Framingham revisado para homens

Score de Framingham para homens							
Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-149	120-129		
3			240-279	160+	130-139		SIM
4			280+		140-149	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

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

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

Tabela 4 - Estimativa de risco cardiovascular para homens

Pontos	Risco cardiovascular % (10 anos)
Menor ou igual a -3	<1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,6
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.*

Tabela 5 - Escore de Framingham revisado para mulheres

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*.

Tabela 6 - Estimativa de risco cardiovascular para mulheres

Pontos	Risco cardiovascular % (10 anos)
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 que 30

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

#### **d. 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. 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 de mais 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.



## 2. JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE et al, 2010).

As DCV são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE et al, 2010).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,2% dos óbitos em todas as regiões do país, à frente das neoplasias, responsáveis por 16,7% (BRASIL, 2012).

Além disso, a DCV é condição muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção (D'AGOSTINO et al, 2008). Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

Na realidade da equipe do PSF Santa Helena I são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis, como IAM e AVC, por exemplo. Além disso, são frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de PA, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também são evidentes durante as consultas médica e de enfermagem. Dessa forma, devido à alta prevalência na HAS na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionada as DCV e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle, a longo prazo, da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

### **3. OBJETIVO**

Propor projeto de intervenção que possibilite a melhoria do controle dos níveis pressóricos dos pacientes de responsabilidade da equipe 64 do PSF Santa Helena I, por meio da estratificação de risco e da otimização do atendimento.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Nobre et al. (2010), define-se que a HAS é uma afecção clínica multifatorial, que se caracteriza por elevados níveis de PA, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis relacionado às DCV.

A prevalência estimada da HAS em Minas Gerais é de 20% na população maior ou igual a 20 anos de idade (MINAS GERAIS/SES, 2006 apud MEIRELES et al., 2013). Além disso, essa afecção é considerada um dos principais problemas de saúde pública devido à alta prevalência e à relação linear e contínua do aumento dos níveis de PA com a elevação do risco cardiovascular individual e o aumento da mortalidade por DCV, de acordo com Nobre et al. (2010). As DCV são a principal causa de morte atualmente no Brasil e também responsáveis por elevados custos médicos e socioeconômicos.

Segundo Nobre et al. (2010) e Meireles et al. (2013), o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência das DCV. Os resultados encontrados por Moraes e Freitas (2012) evidenciaram elevada prevalência de doença isquêmica do coração na população por eles estudada, e fatores potencialmente modificáveis, como a HAS, estiveram associados ao desfecho. No entendimento de Lessa (2010), a HAS é a doença vascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, que são predominante causa de morte no Brasil.

Como exposto por Travagim et al. (2010), além das DCV, a HAS também consitui fator de risco para a DRC. A HAS é um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC e estudos evidenciam que o controle dos níveis pressóricos pode minimizar a progressão da DRC ou mesmo impedir o seu aparecimento (PACHECO, 2005 apud TRAVAGIM et al., 2010).

De acordo com Rosário et al. (2009), a HAS revelou-se um problema de saúde pública relevante também em município de pequeno porte do interior do país, em que os níveis de controle da HAS foram considerados insatisfatórios na população estudada.

Segundo Costa et al. (2008), um número elevado de hospitalizações evitáveis, como por HAS, dentre outras, pode ser indicativo de problemas

relacionados com a rede de AB, seja na gestão, na quantidade insuficiente de serviços, na falta de medicamentos para o controle de doenças crônicas, nas dificuldades na oferta de recursos diagnósticos ou nas deficiências no manejo, e também no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência.

Além desses problemas, segundo outro estudo, os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e da maior disponibilidade de medicamentos, são a negligência do diagnóstico e do tratamento, por ser condição clínica assintomática na maior parte do tempo, e a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006).

Nobre et al. (2010) apontam que os FR para HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Muraro et al. (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que, em nível individual, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA. Segundo Moreira et al. (2013), a HAS em adolescentes associou-se à obesidade e linearmente à circunferência abdominal, o que evidencia a relevância do excesso de peso como FR associado à HAS já nessa faixa etária. De acordo com os resultados encontrados por Ferreira et al. (2009), associações da HAS com cor de pele poderiam representar predisposição genética, enquanto que consumo exagerado de certos alimentos ou sedentarismo poderiam refletir hábitos de vida pregressos favoráveis à elevação da pressão arterial; enquanto que, o encontro de maior chance de eventos cardiovasculares entre os hipertensos sinalizaria a ocorrência da principal complicação da HAS, os fenômenos trombo-embólicos na doença aterosclerótica.

Sendo assim, as medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas pois, além de reduzir a PA e, conseqüentemente, a mortalidade cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE et al., 2010). As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva aos FR.

Para detecção precoce, o rastreamento da HAS deve ser realizado por meio da medida da PA em toda consulta clínica a partir dos 3 anos de idade, idade a partir da qual deve ser aferida a PA pelo menos anualmente (MEIRELES et al., 2013). Apesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

Segundo Roesse et al. (2011), os municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família realizam o cadastro e o acompanhamento à população adscrita com HAS. Apesar disso, o número de usuários acompanhados, em geral, é menor do que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos de agudização da doença.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a linha demarcatória que define HAS, em adultos, considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. A utilização de diferentes índices de PA ou de menor número de aferições de PA para diagnóstico de HAS pode variar de acordo com o risco cardiovascular individual. Por exemplo, pacientes com PA  $\geq 140/90$  mmHg com risco cardiovascular alto, muito alto ou PA  $\geq 180/110$  mmHg já podem ter o diagnóstico de HAS confirmado com aferições em duas ocasiões diferentes, enquanto, pacientes com menores índices de PA e risco cardiovascular baixo ou médio, devem ter o diagnóstico validado apenas após medidas repetidas de PA em pelo menos três ocasiões. A tabela 7 a seguir traz a classificação da PA em maiores de 18 anos de idade:

Tabela 7 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Após o diagnóstico de HAS, o paciente deve ser submetido avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco para que possa ser iniciado tratamento adequado. Diversos FR além dos clássicos (idade: homens > 55 e mulheres > 65 anos; tabagismo; dislipidemias: triglicérides ≥ 150mg/dL, LDL > 100mg/dL, HDL < 40mg/dL; DM; história familiar prematura de doença cardiovascular: homens < 55 e mulheres < 65 anos), como os adicionais (glicemia de jejum de 100 a 125mg/dL; hemoglobina glicada anormal; obesidade abdominal: circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres; pressão de pulso > 65 mmHg para idosos; história de pré-eclâmpsia; história familiar de HAS em hipertensos limítrofes), lesões subclínicas de órgão alvo e condições associadas a HAS devem ser avaliadas para melhor abordagem do paciente pois, ainda que alguns não tenham sido incorporados em escore de classificação de risco (como o Framingham revisado utilizado neste estudo), diversas diretrizes tem sugerido como sendo marcadores de risco adicionais (NOBRE et al., 2010).

Conforme Nobre et al. (2010) e Meireles et al. (2013), para o tratamento adequado a possibilidade de se contar com uma equipe multiprofissional é estratégia desejável, já que a HAS é uma síndrome clínica multifatorial. O objetivo primordial do tratamento é a redução da morbimortalidade cardiovascular e, a partir desse objetivo, baseando-se no risco cardiovascular calculado, devem ser escolhidos os anti-hipertensivos adequados para cada paciente dentre as diversas classes disponíveis atualmente.

De acordo com Merireles et al. (2013), o controle da PA se associa com a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, independente da classe medicamentosa usada. Para o sucesso do tratamento e a adesão adequada do paciente ao tratamento a relação médico/paciente deve ser a base de sustentação, adicionada à abordagem multidisciplinar, que também auxilia no aumento do controle da HAS (NOBRE et al., 2010).

Lima et al. (2011), a partir da avaliação do perfil dos usuários hipertensos e diabéticos em unidades básicas de saúde, descrevem que em relação às complicações crônicas decorrentes dessas doenças, as mais comuns foram as cardiovasculares e ainda que os fatores de risco estiveram relacionados aos hábitos de vida sedentários, ao sobrepeso e a obesidade. O mesmo estudo concluiu que há necessidade da realização de estudos que busquem descrever melhor a população de usuários portadores dessas afecções crônicas, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, retardando o aparecimento de complicações crônicas.

De acordo com Zillmer et al. (2010), os resultados encontrados evidenciam que o sistema de informação do HIPERDIA, na unidade de saúde estudada, possui uma boa completude na maioria das variáveis analisadas, além de, quando corretamente utilizados, pela riqueza de dados que podem reunir, os sistemas de informação possibilitam a comprovação da necessidade de alocação de recursos financeiros para a execução de ações para o cuidado adequado da população acometida, concorrendo para a implementação de medidas preventivas e de promoção da saúde da população assistida.

Dessa forma, esses estudos permitem a inferência de que a coleta de dados, feita de forma correta e a utilização adequada desses dados é condição essencial e muito importante para a implementação inicial e para o sucesso na aplicação de um projeto de intervenção como o proposto neste trabalho.

Amer, Marcon e Santana (2010) consideram que a implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou medida eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão. Além disso, Xavier et al. (2008) concluíram que há efeito protetor de algumas doenças dependente do tempo de participação no PSF, apesar de uma prevalência maior de HAS e obesidade na população participante desse programa.



Sendo assim, percebeu que quanto mais tempo participando do PSF, maior a proteção contra doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, mostrando, neste estudo, que o PSF foi eficiente na promoção da saúde da população avaliada. A exemplo desses estudos, percebe-se que a estratégia de saúde da família, em sua atuação na promoção e prevenção a saúde por meio de programas específicos, mostra-se essencial e significativamente importante no controle a longo prazo dos paciente hipertensos.

Santos e Moreira (2012) demonstram a necessidade da promoção da educação continuada para equipe de saúde envolvida no tratamento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, com o fim de diminuir a incidência das complicações. Hoepfner e Franco (2010) também sugerem a necessidade de programas de educação permanente para os profissionais da saúde e de outras medidas para melhorias no controle da HAS nas UBS. Lima et al. (2009) concordam e citam que a implementação de diretrizes clínicas na AB, como no caso do tratamento da HAS, incorre em baixíssima adesão dos profissionais de saúde, se não se associa a estratégias para garantir a estrutura de recursos necessária, para motivar os profissionais, para monitorar processos e resultados obtidos e, para realmente empreender mudanças na cultura dos serviços de saúde.

Dessa forma, percebe-se que esses diversos estudos evidenciam que a atualização, o treinamento e o estímulo contínuo dos profissionais de saúde da APS são essenciais para o sucesso de propostas de intervenção como essa de melhoria no controle dos hipertensos.

Ribeiro et al. (2011) afirmam que as práticas educativas na APS devem, além de fornecer informações sobre a terapia anti-hipertensiva, estimular a autopercepção da doença e a co-responsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, por meio de, por exemplo, oficinas educativas em grupo e orientações domiciliares. Além disso, conclui também que agregar os familiares às atividades de educação em saúde mostrou-se importante por facilitar as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão do hipertenso ao tratamento. Destaca-se ainda a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS.

Também de acordo com Pierin et al. (2011), o descontrole e a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos são problemas que devem ser enfrentados conjuntamente pelo paciente hipertenso, pela família, pela comunidade, pelas

instituições e pela equipe de saúde. Longo et al. (2009) complementam que, medidas como o estudo dos FR associados a HAS e estratégias de controle efetivas associadas a ações de educação comunitária e monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuíram para queda substancial na mortalidade em quase todos países desenvolvidos.

## 5. METODOLOGIA

A definição das etapas propostas no projeto de intervenção exposto foi realizada de acordo com Meireles et al. (2013). Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial é a realização do cadastramento e da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. Neste estudo, para classificação dos pacientes, será utilizada a escala de risco de Framingham revisada, citada anteriormente. O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos ACS's. Os pacientes portadores de FR, não-hipertensos, serão avaliados quanto a possibilidade do diagnóstico de HAS e orientados, mas não terão seu cadastro realizado. Apenas os usuários hipertensos serão cadastrados. Será utilizada uma ficha de cadastro, disponível em anexo 1, com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), FR, medicações em uso, comorbidades e classificação de risco de cada paciente.

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.

A médica e a enfermeira, durante as consultas médica e de enfermagem, realizarão o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes em grupos de risco. A Ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem (Anexo 1), será adaptada pela equipe durante as reuniões para discussão do projeto de intervenção, pois faltam campos necessários para o preenchimento, como local para descrição dos fatores de risco colesterol total e HDL colesterol, e local específico para descrição do grupo de risco de cada paciente que, por enquanto, será descrito no canto superior direito da ficha.

Os pacientes com a estimativa de risco de evento cardiovascular menor que 10% em 10 anos serão classificados como HAS de baixo risco. Estimativa de risco entre 10% e 20% como risco moderado e, se maior que 20% em 10 anos, alto risco cardiovascular (MEIRELES et al., 2013). A partir dessa classificação dos usuários nesses três grupos, será proposta abordagem direcionada de acordo com faixa de risco cardiovascular de cada um. Os usuários classificados como baixo risco deverão realizar na atenção básica pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, os de moderado risco três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem ao ano e os de alto risco três consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, esses últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária.

Todos os usuários deverão participar de pelo menos quatro atividades nos grupos ao ano e receber no mínimo doze visitas domiciliares realizadas pelos ACS's (MEIRELES et al., 2013).

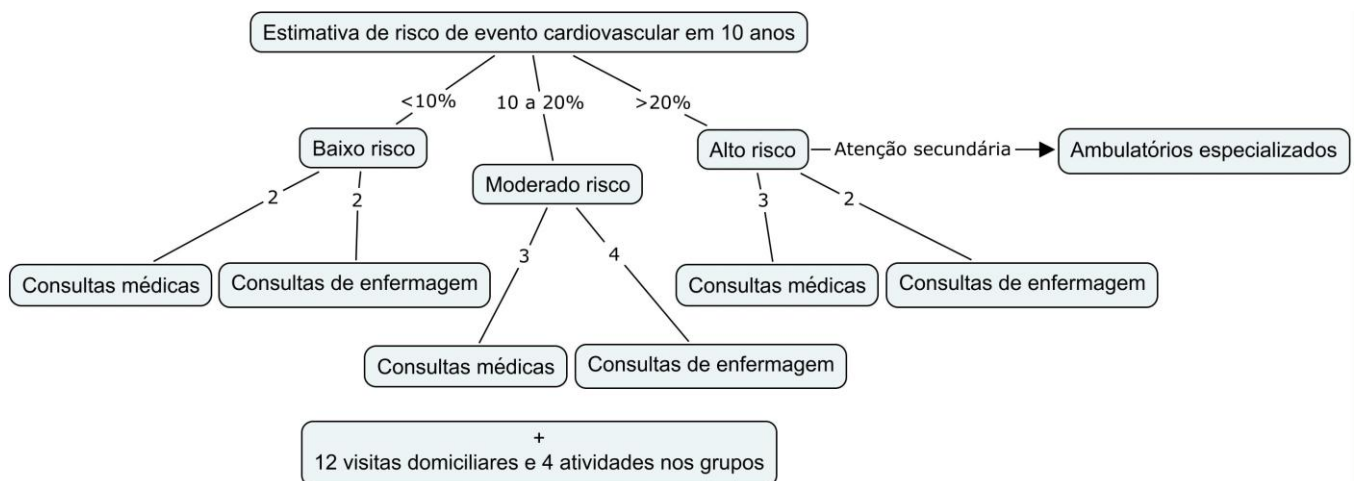
A enfermeira será responsável por organizar a agenda dos profissionais de saúde, destinando o tempo necessário às atividades do plano e, juntamente com a médica e a técnica de enfermagem, irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Casos de maior complexidade serão discutidos individualmente durante as reuniões da equipe e será elaborado plano de cuidados diferenciado quando necessário.

Os exames complementares serão solicitados durante as consultas médicas e de enfermagem, de acordo com protocolo da Linha Guia de HAS (MEIRELES et al., 2013), com adaptações individuais quando necessário.

As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essa atividade, dia do HIPERDIA. O controle da frequência e da regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem e à realização dos exames complementares, além da análise da adesão ao tratamento pelas visitas dos ACS's, será realizado por meio do acompanhamento pelas fichas: Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético, Anexo 2, a ser preenchida pela médica e pela enfermeira durante as consultas do HIPERDIA; e Ficha B-HA, Anexo 3, a ser preenchida pelos ACS's durante as visitas domiciliares. Nessa etapa a equipe empenhada no plano de ação deverá buscar conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem da HAS centrada em medidas de promoção à saúde

e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem. O fluxograma a seguir ilustra a abordagem dos hipertensos descrita:

Figura 1 – Fluxograma da abordagem anual dos pacientes hipertensos a partir da classificação de risco cardiovascular baseada na escala de risco de Framingham revisada



Em continuidade a esta etapa há a proposta de criação do grupo de hipertensos e realização de palestras informativas. O grupo contará com a participação dos diversos profissionais da saúde da equipe do PSF em questão e da equipe expandida, com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade inicialmente mensal, com possibilidade de ser quinzenal para que seja possível abranger todos os usuários. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras.

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

- Organizacionais:
  - Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças. Porém, alguns materiais se encontram em mau estado de conservação ou em quantidade menor que a necessária. Falta também

quantidade suficiente de cópias das fichas a serem usadas para classificação e acompanhamento;

- Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras. Esses serão realizados, inicialmente, na sala de espera da UBS Santa Helena. O espaço é adequado para cerca de 20 pessoas, entretanto faltam cadeiras em bom estado de conservação, ventiladores, computador em funcionamento e equipamentos de projeção de multimídia. Caso se proponha reuniões com grupos maiores outro espaço mais adequado deve ser disponibilizado;
- Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF quanto da equipe expandida, NASF, já estão cientes e dispostos a participar do projeto, contudo, falta organização adequada das agendas para disponibilização do tempo adequado necessário para as ações;
  - Econômicos: recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários;
  - Cognitivos: capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção;
  - Poder: recursos políticos necessários para implementação das ações e regularização das propostas.

O primeiro passo para implementação do projeto será viabilizar a disponibilização dos recursos organizacionais e econômicos frente a reunião com a gerência do distrito. A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pela médica e pela enfermeira, durante as reuniões da equipe. A gerente das operações será a enfermeira, que já exerce cargo de liderança na equipe. Na tabela 8 está representado o cronograma das ações propostas:

Tabela 8 – Cromograma das atividades propostas pelo Projeto de Intervenção para melhoria do controle dos pacientes com HAS do PSF Santa Helena I

<b>Atividades propostas</b>	<b>Período</b>	<b>Responsáveis pela realização</b>
Cadastramento hipertensos	Novembro de 2013 a Maio de 2014	ACS's, técnica de enfermagem
Reunião com a gerência do distrito	Fevereiro de 2014	Enfermeira, médica, gerência distrital
Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da equipe de saúde	Fevereiro de 2014	Enfermeira, médica
Avaliação e estratificação de risco dos hipertensos de acordo com a escala de risco de Framingham revisada	Março de 2014 a Maio de 2014	Enfermeira, médica
Criação do HIPERDIA	Abril de 2014	Enfermeira, médica
Criação dos grupos de hipertensos e início das palestras informativas	Abril de 2014	Enfermeira, médica, profissionais do NASF
Controle do acompanhamento dos pacientes e avaliação dos dados das fichas de cadastro e de acompanhamento	Maio de 2014 a Dezembro de 2014	ACS's, técnica de enfermagem, enfermeira, médica

A busca de dados teóricos foi realizada através da consulta ao conteúdo técnico da Linha Guia da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2013), que regulamenta e orienta a atenção à saúde do adulto, e ao documento VI Diretrizes Brasileiras da abordagem da Hipertensão (2010).

Além da coleta de dados nos banco de dados do DATASUS e IBGE. Na pesquisa bibliográfica, com o tema “Hipertensão Arterial Sistêmica” foram encontrados quatro textos de monografia e um livro na Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), sendo utilizado o livro neste trabalho. Com o mesmo tema pesquisado no título, tendo o Brasil como país/região, em idioma português, no período de 2008 a 2013 na Biblioteca da Literatura técnica e científica da America Latina e Caribe (LILACS), foram encontrados nove textos completos e cinco foram usados neste trabalho, três foram excluídos por fugirem da abordagem do tema usada neste trabalho e um por falta de acesso ao texto completo. Usando o tema

“fatores de risco hipertensão intervenção”, tendo o Brasil como país/região, em idioma português, no período de 2008 a 2013 na Biblioteca LILACS, foram encontrados doze textos completos e quatro foram usados neste trabalho, os demais foram excluídos por abordarem faixa etária infantil, complicações apenas agudas ou estabelecerem abordagem do tema diferente da proposta neste estudo. A partir do tema “atenção primária à saúde hipertensão” com as mesmas características de busca, foram encontrados vinte e cinco textos, destes, dez foram usados neste trabalho, os outros foram excluídos, nove deles por fugir da abordagem proposta neste trabalho, um deles por se tratar de um editorial, um por tratar apenas de pacientes diabéticos e os outros quatro por falta de acesso aos textos completos.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, assim como outras doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis, apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica a saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, propostas como a do plano de intervenção em questão são importantes por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela HAS. Com isso, busca-se reduzir a morbimortalidade relacionada as DCV e os custos a ela relacionados.

Dentre os recursos necessários para implementação do projeto de intervenção proposto, os recursos críticos são principalmente os cognitivos, os econômicos e os organizacionais. A falta de profissionais capacitados e a falta de disponibilidade na agenda dos profissionais de saúde é um dos principais entraves para realização das operações, que pode atrasar a implantação do plano, até que esses problemas sejam resolvidos. Somam-se ainda a deficiência de recursos financeiros e de equipamentos. A equipe, empenhada na proposta do projeto de intervenção, fará todo o necessário para disponibilização dos recursos necessários e resolução dos problemas que sejam entraves a aplicação do projeto. O passo inicial será a reunião com a gerência distrital e, em seguida, a capacitação e atualização da ESF em relação a classificação de risco cardiovascular e ao HIPERDIA.

A iniciativa isolada da implantação do projeto de intervenção proposto no PSF Santa Helena I pode ser uma desvantagem em relação a uma possível implementação dessa mesma proposta de projeto nas diversas ESF pertencentes ao mesmo distrito sanitário, distrito Petrolândia do município de Contagem, MG. Isso porque a coordenação geral do programa, se realizada no distrito sanitário, pode facilitar a operacionalização das ações, a disponibilização dos recursos e, principalmente, expandir para toda a área do distrito a premissa da atenção aos hipertensos como estratégia de prioridade na APS.

Mesmo com as dificuldades, a implementação do plano de ação proposto tem diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado e precoce da HAS em diversos pacientes, a classificação de risco auxiliando a prevenção e o tratamento precoce das complicações e a priorização das medidas de promoção à

saúde. Outra vantagem do presente projeto é a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e as palestras informativas, com objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo. Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem estar, o projeto contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita.

## 7. REFERÊNCIAS

AMER, N. M.; Marcon, S. S.; Santana, R. G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 96, no. 1, Jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** 1 ed. Brasília; 2006, 58p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Censo IBGE/2010,** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011 – Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** 1 ed. Brasília; 2012. Editora do Ministério da Saúde. Cap. 4, p 95-104.

\_\_\_\_\_.Arquivos online. **HIPERDIA.** Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807)>. Acesso em Dez. 2013.

\_\_\_\_\_.Arquivos online. **História de Contagem.** Disponível em:  
<[http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia\\_contagem](http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia_contagem)> Acesso em Mai. 2013.

COSTA , J. S. D. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 24, n. 7, Jul. 2008.

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.

FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 43, suppl. 2, Nov. 2009.

JÚNIOR, A. 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.

HOEPFNER, C.; Franco, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, vol. 95, n. 2, Ago. 2010.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 26, n. 8, Ago. 2010.

LIMA, L. M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, vol. 32, n. 2, Jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200016>> Acesso em Dez. 2013.

LIMA, S. M. L. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 25, n. 9, Set. 2009.

LONGO, G. Z. et al. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, vol. 93, n. 4, Out. 2009.

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.

MEIRELES, A. L. et al. **Atenção à saúde do adulto - Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**, Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21-97.

MORAES, S. A.; Freitas, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 46, n. 4, Ago. 2012.

MOREIRA, N. F. et al. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, vol. 57, n. 7, Out. 2013.

MURARO, A. P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.18, n.5, Mai. 2013.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro , vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 16, supl. 1, 2011.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis**. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, 2011.

ROESE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno

porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS.** 2011; Jan/Mar; 14(1); 75-84 (p.80).

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 93, n. 6, Dez. 2009.

SANTOS, J. C.; Moreira, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, vol. 46, n. 5, Out. 2012.

Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção a Saúde. **Orientações para a organização da atenção básica em Contagem.** Contagem, MG. 2011.


TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev. enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, Abr/Jun. 2010; 18(2); 291-7 (p.292).

XAVIER, A. J. et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 13 n. 5, Set./Out. 2008.

ZILLMER, J. G. V. et al. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online).** Porto Alegre, vol. 31, n. 2, Jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S198314472010000200006>> Acesso em Dez. 2013.

## 8. ANEXOS

## Anexo 1 – Ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético

 <b>MS – HIPERDIA</b> PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS				<b>1.ª Via: Enviar para digitação</b> <b>CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO</b>			
Nome da Unidade de Saúde (*)			Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>							
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)					Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai				
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		País de Origem		Data Naturalização / /	
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS		
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>							
Título de Eleitor	Número		Zona	Série			
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /		
CPF	Número		PIS/PASEP	Número			
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)</b>							
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /	
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório			Livro	
	Folha		Termo			Data de Emissão / /	
<b>ENDEREÇO (*)</b>							
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento		
Bairro			CEP	DDD	Telefone		
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>							
Pressão Arterial Sistólica (*)		Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)		Peso (kg) (*)	
Altura (cm) (*)		Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum		<input type="checkbox"/> Pós prandial	
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		Não	
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio			
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias			
Diabetes Tipo 2				AVC			
Tabagismo				Pé diabético			
Sedentarismo				Amputação por diabetes			
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal			
Hipertensão Arterial							
<b>TRATAMENTO</b>							
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>							
<b>Medicamentoso</b>							
	<b>Comprimidos/dia</b>						<b>Unidades/dia</b>
<b>Tipo</b>	1/2	1	2	3	4	5	
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclamida 5mg							
Metformina 850 mg							
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
Data da Consulta (*) / /			Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)				

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.





