

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

RAMON COSTA DE ALMEIDA

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA APARECIDA -
CAPELINHA, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

RAMON COSTA DE ALMEIDA

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA APARECIDA -
CAPELINHA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador(a): Prof. Dr. Luiz Sérgio Silva

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

RAMON COSTA DE ALMEIDA

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA APARECIDA -
CAPELINHA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luiz Sérgio Silva - Orientador

Examinador(a) 2: Flavia Casasanta Marini

Aprovado em 22/02/2016

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública cada vez mais relevante devido sua alta incidência e baixa taxa de controle. Essa elevação na incidência da HAS atualmente pode ser explicada por vários fatores como o envelhecimento da população, hábitos de vida sedentários e má adesão ao tratamento. Na Equipe de Saúde da Família (ESF) Aparecida o acompanhamento dos pacientes hipertensos é realizado basicamente por consultas agendadas, não tendo estruturado um serviço que vise a prevenção, promoção, tratamento e acompanhamento adequado desses pacientes, justificando a necessidade do desenvolvimento de um plano de ação que sane esse déficit e melhore a qualidade do serviço. A metodologia utilizada foi a observação ativa do processo de trabalho da ESF Aparecida quanto aos pacientes hipertensos. Dados foram levantados a partir de informações coletas nas fichas A dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), notificações epidemiológicas e produção mensal da ESF. Foi feita uma revisão bibliográfica narrativa através de consulta de artigos científicos com os descritores "atenção básica", "projeto de intervenção", "hipertensão arterial" e "má adesão do tratamento". Para realização do projeto de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional utilizando-se o método da Estimativa Rápida e seguindo as etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), encontrando como ponto crítico a baixa adesão ao tratamento da HAS. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano intervencionista para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Aparecida no município de Capelinha-MG, diminuindo o impacto dessa morbidade entre a população adscrita à ESF Aparecida.

Palavras-chave: Atenção básica. Projeto de intervenção. Hipertensão arterial. Má adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Systemic Venous Hypertension (SVH) is a public health issue that has become steadily more serious as a result of its high rates of incidence and low control rates. Today, this increased number of SVH cases can be explained by different factors such as ageing of the population, sedentary habits and poor adherence to treatments. At Family Health Team (FHT) Aparecida the monitoring of hypertensive patients is basically done by means of appointments for consultations, without a well-structured service aimed at prevention, promotion, treatment and proper monitoring of those patients. This calls for a need for the development of an action plan capable of improving these practices and the quality of the service. The methodology used was the active observation of the work practices aimed at hypertensive patients at ESF Aparecida. Data were assessed based on information collected from the Community Health Agents (CHA) A forms, Primary Care Information System (PCIS), epidemiological notes and monthly production at ESF. A narrative bibliographic revision of scientific articles on 'primary care', 'intervention project', 'venous hypertension' and 'poor adherence to treatment' was carried out. The intervention Project was developed based on a situational diagnosis carried out by using the quick Estimate Method and following the stages of the Situational Strategic Planning (SSP), where the critical point found was low adherence to SVH treatment. The aim of this paper was to design an interventionist plan to address adherence to treatment among hypertensive patients within ESF Aparecida's operational scope in the locality of Capelinha-MG, thus lessening the impact of this morbidity among the population under the care of ESF Aparecida.

Keywords: Primary care . Intervention project . Venous hypertension. Poor adherence to treatment.

LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS - I	Centro de Atenção Psicossocial - I
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PSE	Programa Saúde na Escola
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Limites demográficos do município de Capelinha-MG.....	10
Figura 2 - Pirâmide etária do município de Capelinha-MG em comparativo com o estado de Minas Gerais e o Brasil.....	11
Figura 3 - Produto Interno Bruto (valor adicionado) por atividades econômicas do município de Capelinha-MG em comparativo com o estado de Minas Gerais e o Brasil.....	11
Figura 4 - Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007.....	20
Figura 5 - Fatores de risco para doença cardiovascular.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População segundo faixa etária na área de abrangência da ESF Aparecida, no município Capelinha-MG, 2014.....	13
Tabela 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e microárea, na área de abrangência da ESF Aparecida, no município Capelinha-MG, 2013.....	13
Tabela 3 - Principais causas de internações hospitalares no município de Capelinha, Junho-Dezembro de 2014.....	14
Tabela 4 - Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da ESF Aparecida, no município Capelinha-MG, 2014.....	15
Tabela 5 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	22
Tabela 6 - Classificação de prioridades para problemas identificados no diagnóstico da ESF Aparecida, 2015.....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desenho das operações para os "nós" críticos da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF Aparecida, 2015.....	27
Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos da má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos adscritos pela ESF Aparecida, 2015.....	29
Quadro 3 - Quadro 3 - Proposta de ações para motivações dos atores controladores dos recursos críticos para viabilidade do plano operativo.....	30
Quadro 4 - Plano operativo.....	32
Quadro 5 - Planilha de acompanhamento dos pacientes hipertensos adscritos na ESF Aparecida, Capelinha-MG.....	33

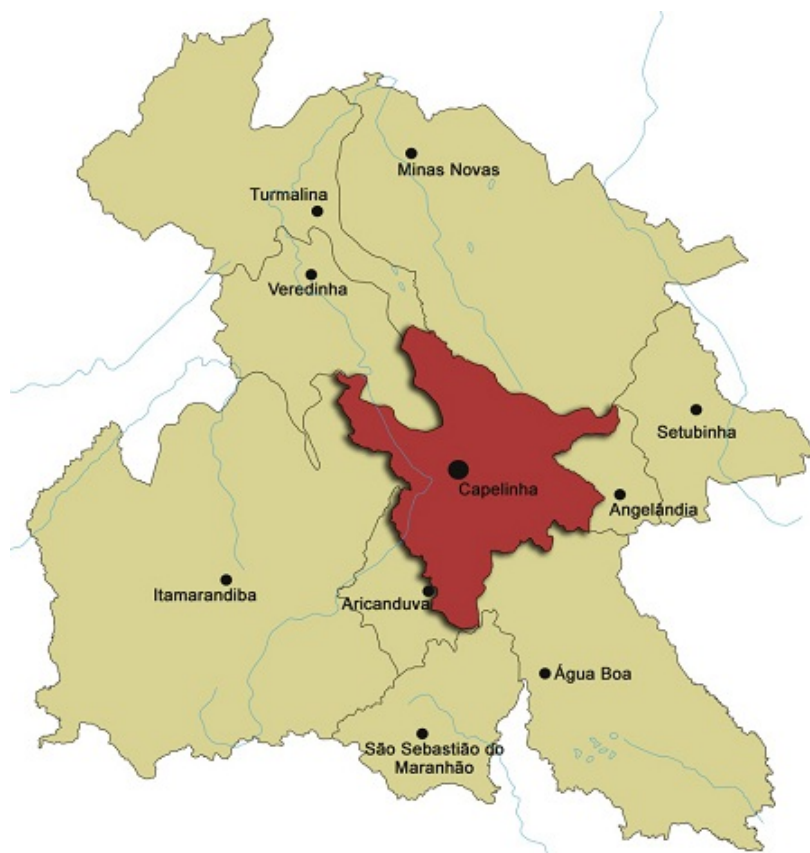
SUMÁRIO

1 INTRUDUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS.....	24
6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	25
6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO.....	25
6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	26
6.5 SELEÇÃO DOS "NÓS CRÍTICOS".....	26
6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES.....	27
6.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS.....	29
6.8 ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO.....	30
6.9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	32
6.10 GESTÃO DO PLANO.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O município de Capelinha compõe o território do Alto Jequitinhonha na região nordeste do estado de Minas Gerais, Brasil. Encontra-se à 444 km da capital mineira Belo Horizonte, 1.030 km de São Paulo capital, 810 km do Rio de Janeiro capital e 835 km de Brasília. Sua área total é de 965,37 km². Capelinha tem como limites, a leste, o município de Angelândia; a oeste, Itamarandiba; ao norte, Minas Novas e Turmalina; ao sul, Água Boa e São Sebastião do Maranhão; a noroeste, Veredinha e a sudoeste, Aricanduva.

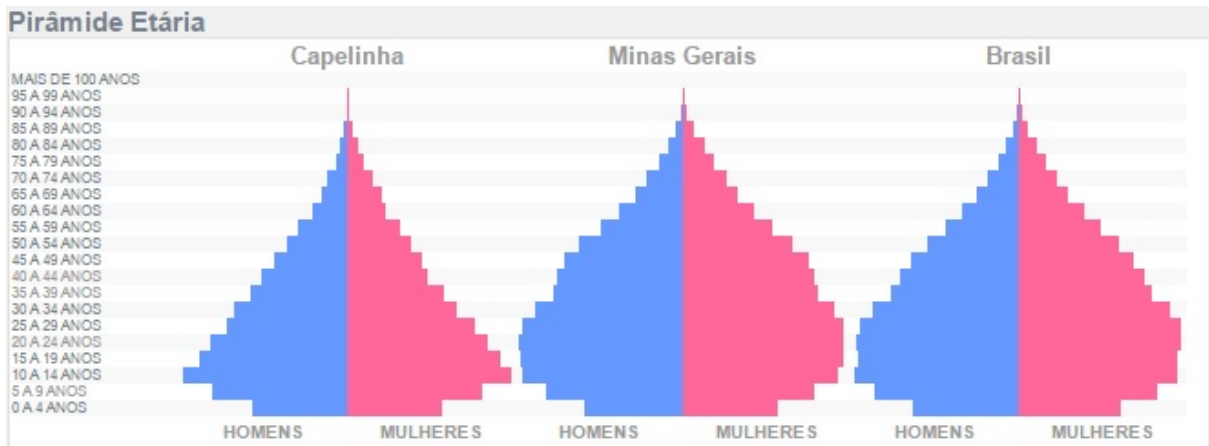
Figura 1 - Limites demográficos do município de Capelinha-MG



Fonte: Site Prefeitura Municipal de Capelinha - MG.

O município conta com uma população estimada em 2014 de 37.041 habitantes, com densidade demográfica de 36,5 habitantes/Km² segundo censo de 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,653, sendo a renda média domiciliar per capita 425,57 reais e o produto interno bruto (PIB) per capita segundo município é de 9.753,81 reais (IBGE, 2010).

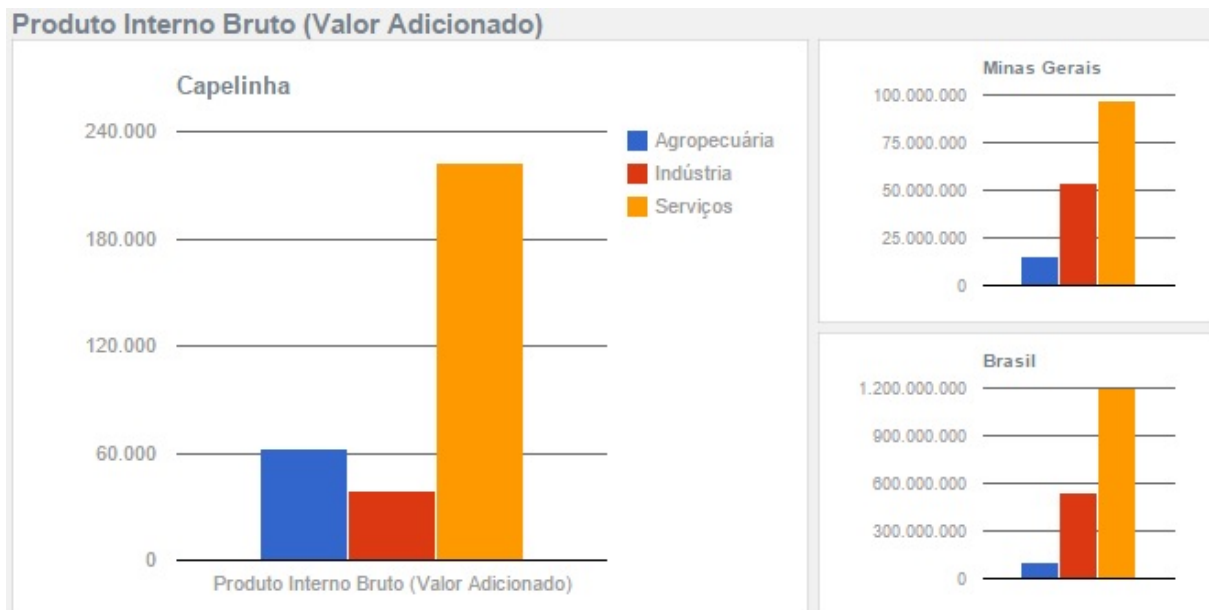
Figura 2 - Pirâmide etária do município de Capelinha-MG em comparativo com o estado de Minas Gerais e o Brasil.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

A cidade destaca-se, dentre outras da região, pelo capital circulante, investindo principalmente em plantação de café e extração de madeira (eucalipto). Ela vem crescendo e se desenvolvendo de maneira acelerada, juntamente com a sua população. O município tem o setor de serviços, a agropecuária e a indústria como principais atividades econômicas, tendo o primeiro maior influência sobre o PIB.

Figura 3 - Produto Interno Bruto (valor adicionado) por atividades econômicas do município de Capelinha-MG em comparativo com o estado de Minas Gerais e o Brasil.



Fonte: IBGE, 2010.

A população coberta pela Atenção Primária em Saúde (APS) no ano de 2014 foi de 35.310 pessoas, representando 95,3% da população estimada. A APS conta com 10 ESF onde são alocados 10 médicos, 10 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e 84 ACS. A cobertura de saúde bucal no ano de 2014 na APS foi de 91,18% e a proporção de internações hospitalares por condições sensíveis a atenção primária foi de 23,46% (DATASUS, 2015). Apesar do município estar situado em uma região pobre do estado, o mesmo se desenvolve em proporções mais aceleradas, visto que é referência para várias outras pequenas cidades vizinhas. Capelinha é contemplada com vários programas de assistência à saúde funcionantes como o Centro de Atenção Psicossocial - I (CAPS-I), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Saúde Bucal, Centro Viva Vida, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Hiperdia, Nutrisus, Rede Mães de Minas, Programa Cessação do Tabagismo, Programa Saúde na Escola (PSE), o que fortalece e a referencia quanto ao cuidado, principalmente na atenção básica, das pessoas do município bem como de cidades vizinhas.

Infelizmente, o município não conta com um serviço de média e alta complexidade estruturado, o que acaba prejudicando o atendimento de urgência e emergência local. Os recursos do hospital municipal, Fundação Hospitalar São Vicente de Paulo, são limitados, quando analisado pelo tamanho da população dependente e por ser referência para cidade vizinhas de menor porte. Outro fator prejudicial ao atendimento de urgência/emergência de Capelinha é a ausência de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas. Assim, o setor privado vem se alavancando e mostrando-se, também, bastante útil para o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Atraídos pelo mercado em expansão, cada vez mais médicos especialistas se direcionam para a cidade, trazendo consigo investimentos e avanços tecnológicos para região. Apesar de não contar com serviços de média e alta complexidade, o paciente recebe a assistência básica no município e, através de referência para cidades pólo como Diamantina, Montes Claros, a capital Belo Horizonte e os convênios com a medicina privada, consegue-se oferecer ao usuário serviços em todas as esferas de saúde.

A comunidade assistida pela ESF Aparecida conta com uma população totalmente urbanizada de 3.024 pessoas, sendo 878 famílias cadastradas, localizando-se em uma área de transição, incorporando uma parte central da cidade, basicamente comercial, e outra parte periférica, mais residencial. O bairro Aparecida, que compõe grande parte dessa população, possui uma comunidade heterogênea quanto ao nível socioeconômico. Quase a totalidade da

população assistida conta com serviço saneamento básico com rede de esgoto e coleta de lixo (SIAB, 2015).

Tabela 1 - População segundo faixa etária na área de abrangência da ESF Aparecida, no município Capelinha-MG, 2014.

Faixa etária	Número de pessoas		Total
	Masculino	Feminino	
< 1	7	5	12
1 a 4	82	95	177
5 a 6	53	49	102
7 a 9	93	87	180
10 a 14	146	136	282
15 a 19	150	141	291
20 a 39	487	573	1060
40 a 49	166	196	262
50 a 59	108	149	257
> 60	128	173	301
Total	1420	1604	3024

Fonte: SIAB, 2015.

A população da área de abrangência da ESF Aparecida é composta principalmente por adultos jovens, na faixa etária de 20 a 39 anos, com leve predomínio de mulheres, correspondendo essas por 53% da população total.

Tabela 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e microárea, na área de abrangência da ESF Aparecida, no município Capelinha-MG, 2013.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Sistema de esgoto	152	140	136	164	140	138	870
Fossa	0	4	0	0	3	1	8
Céu aberto	0	0	0	0	0	0	0
Total	152	144	136	164	143	139	878

Fonte: SIAB, 2015.

A unidade de saúde da ESF Aparecida fica localizada no centro do bairro, e funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00 horas. A unidade é uma casa de alvenaria adaptada que, apesar de antiga, encontra-se bem conservada. Seus espaços são amplos e conta com sala de espera, sala de vacina, sala de curativo/observação, sala de triagem, consultório médico, consultório de enfermagem, almoxarifado, cozinha. O espaço peca pela inexistência de sala de reuniões apropriada, sendo essas atividades realizadas na cozinha da unidade. Outro fator a ser considerado é a ausência na unidade do programa de Saúde Bucal, devendo então o paciente deslocar-se de sua área para ser atendido, o que é um empecilho principalmente para a população idosa. O único NASF existente no município é responsável por atender toda população, com uma demanda maior do que a oferta, o que acaba prejudicando o acompanhamento dos pacientes. Os grupos operativos deveriam funcionar no salão da igreja, que fica a menos de uma quadra da unidade de saúde, tendo bom acesso para população, porém com a troca recente do médico e enfermeiro da equipe esses grupos não se encontram funcionando. Já existe um projeto em andamento de construção de uma nova unidade, dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde, que deve ser inaugurada ainda este ano. A equipe da ESF Aparecida é composta pelos seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis ACS, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais.

As principais causas de internações hospitalares no município de Capelinha no segundo semestre de 2014 foram devido a HAS e suas possíveis complicações, como crise hipertensivas. Vale ressaltar também o alto índice de internações hospitalares de pacientes portadores de tuberculose, correspondendo a segunda principal causa de internações da área.

Tabela 3 - Principais causas de internações hospitalares no município de Capelinha, Junho-Dezembro de 2014.

Causas	Número de Internações
Desnutrição	0
Hepatites Virais	8
Hipertensão Secundária	8
Diabetes Mellitus	7
Tuberculose	21
Tratamento de AVC	0
Crise Hipertensiva	43
Anemias Nutricionais	4

Tabela 3 - Principais causas de internações hospitalares no município de Capelinha, Junho-Dezembro de 2014 (*continuação*).

Causas	Número de Internações
Pé Diabético Complicado	0
Doença de Vias Aéreas Superiores	1

Fonte: SIAB, 2015.

A área de abrangência da ESF Aparecida não difere das características do município, tendo como principal morbidade referida a hipertensão arterial. O número de hipertensos cadastrados do território adscrito da equipe no mês de abril de 2015 foi de 332.

Tabela 4 - Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da ESF Aparecida, no município Capelinha-MG, 2014.

Morbidade referida	Micro	Micro	Micro	Micro	Micro	Micro	Total
	1	2	3	4	5	6	
Alcoolismo	0	1	0	0	0	1	2
Doença de Chagas	1	2	8	4	4	6	25
Deficiência¹	0	2	1	1	1	7	12
Diabetes	9	4	13	1	1	6	34
Doença Mental	0	0	0	0	0	0	0
Epilepsia	4	2	0	3	3	2	12
Hipertensão arterial	60	47	64	31	31	61	294
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0
Malária	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0
Gestação	6	0	0	3	3	1	13

Fonte: SIAB, 2015.

Segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco passíveis de mudanças para doença cardiovascular (DVC). Sua incidência tem aumentando ao longo dos anos, podendo ser explicada pelo envelhecimento da população, juntamente com os hábitos de vida cada vez mais sedentários, aumento da taxa de sobrepeso, obesidade e consumo de alimentos industrializados. Na ESF Aparecida não é diferente, onde, através da observação ativa, detectou-se um número elevado de hipertensos

¹ Deficiência: 1 MED Mau funcionamento ou ausência de funcionamento de um órgão; 2 Ausência de qualidade ou de quantidade; carência, falta, lacuna; 3 Falta de algo de que se necessita (MICHAELIS). A tabela foi reproduzida na íntegra, porém o contexto empregado para a palavra destoa das convicções do autor do trabalho.

descontrolados, que não aderem, principalmente, a mudanças do estilo de vida em seu tratamento por provável desconhecimento da doença e suas complicações.

Através de uma análise realizada pela equipe de saúde, chamou a atenção o alto número de internações hospitalares relacionadas a hipertensão arterial, como 43 casos de crises hipertensivas e oito casos de hipertensão arterial registrados no segundo semestre de 2014, correspondendo a 55,4% das internações deste período. Por ser uma entidade sensível a atenção básica, percebeu-se que o alta incidência da HAS, bem como suas complicações, se deve principalmente ao desconhecimento da população quanto a doença e o acompanhamento inadequado desta. Visto isso, chegou-se a conclusão que o problemas de saúde mais relevante da população assistida é a HAS e que esta população seria beneficiada com práticas educativas e acompanhamento mais intenso.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um problema de saúde pública cada vez mais relevante pela sua alta incidência e baixa taxa de controle. O aumento da sua incidência nos últimos anos pode ser explicada principalmente pelo envelhecimento da população e hábitos de vida sedentários; já sua baixa taxa de controle, justifica-se pelo caráter assintomático da doença, o que leva à negligência do diagnóstico e do tratamento desta condição (BRASIL, 2006). Na ESF Aparecida, a HAS é o problema mais prevalente diagnosticado, correspondendo a aproximadamente 11% da população adscrita, ocupando um espaço importante na demanda do serviço. Apesar de ser o problema mais prevalente, o percentual de hipertensos cadastrados é um terço da média nacional, corroborando com um provável subdiagnóstico da HAS e conseqüentemente uma defasagem quanto ao acompanhamento e tratamento dessa população.

Na ESF Aparecida o acompanhamento dos pacientes hipertensos é realizado basicamente por consultas agendadas, não tendo estruturado um serviço que vise à prevenção, promoção, tratamento e acompanhamento adequado dos mesmos. Visto essa carência e as inúmeras ações comprovadamente efetivas e de baixo custo, no âmbito da atenção primária existentes na literatura, a equipe propôs desenvolver um programa (projeto) com a finalidade de sanar esse déficit e melhorar a qualidade do serviço prestado à população de sua área de abrangência.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção endereçando melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Aparecida no município de Capelinha-MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisão bibliográfica sobre baixa adesão ao tratamento de pacientes hipertensos;
- Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos na área adscrita da ESF Aparecida;
- Diagnosticar, cadastrar e estratificar o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos da área de abrangência da ESF Aparecida;
- Implantar grupos operativos para prestar informações sobre a HAS, cuidados necessários, prevenção, mudanças do estilo de vida, tratamento, etc;
- Melhoria da atenção prestada pela ESF Aparecida aos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA

O processo de trabalho da ESF Aparecida no município de Capelinha-MG foi avaliado, através da observação ativa, quanto ao acompanhamento dos pacientes hipertensos. Dados foram levantados a partir das fichas A dos ACS, do SIAB, notificações epidemiológicas e produção mensal da ESF. Foi feita uma revisão bibliográfica narrativa através de consulta de artigos científicos com os descritores "atenção básica", "projeto de intervenção", "hipertensão arterial" e "má adesão do tratamento", sendo utilizadas as revistas indexadas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), NESCON biblioteca virtual, LILACS, Scientific Electronic Library Online (SciELO).

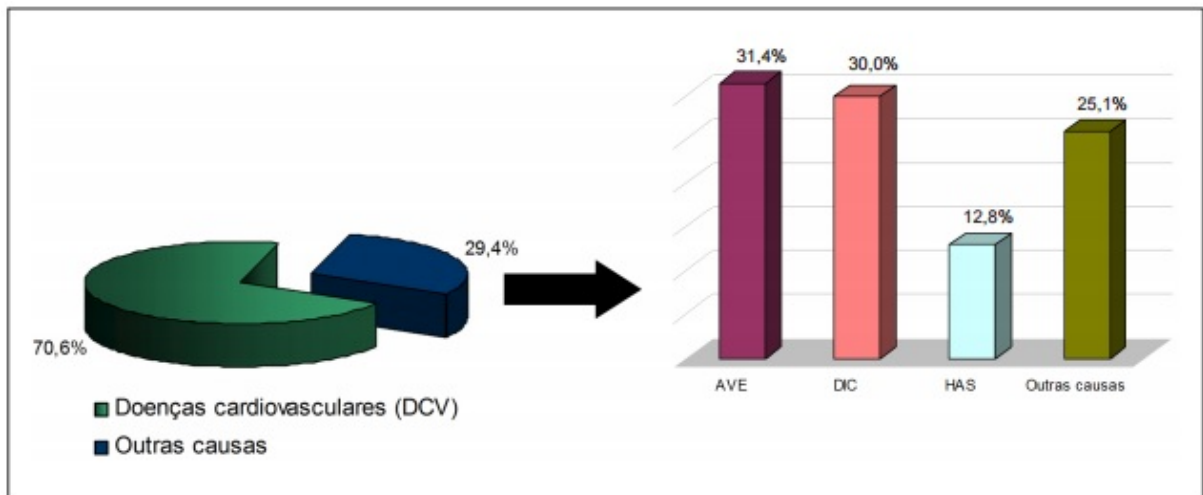
Para realização do projeto de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional utilizando-se o método da Estimativa Rápida e seguindo as etapas do PES. Foram definidos os principais problemas enfrentados pela equipe, a priorização destes, a descrição e explicação do problema selecionado como prioridade e definidos os "nós críticos" dessa condição no contexto da população adscrita pela ESF Aparecida. Após essa análise, foram elaboradas operações para o enfrentamentos dessas condições e estabelecidos os resultados esperados, produtos, atores controladores, viabilidade, prazo e recursos necessários bem como ações estratégicas para sua resolução.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS é uma enfermidade crônica que envolve vários fatores e caracteriza-se por elevação dos níveis da pressão arterial (PA). Associa-se com frequência a alterações de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e metabólicas, levando a um aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SBC, SBH, SBN, 2010).

A HAS é um dos principais fatores de risco para DVC e têm aumentado sua incidência ao longo dos anos. A elevação da PA em níveis superiores a 115/75 mmHg tem relação linear e progressivo com a mortalidade por DCV. Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia, no ano de 2001, ocorreram aproximadamente 7,6 milhões de mortes no contexto mundial relacionadas a níveis elevados da PA, sendo 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), acometendo mais a faixa etária de 45 a 69 anos. No Brasil, as DCV é considerada a principal *causa mortis*, sendo responsável por 308.466 óbitos no ano de 2007 (SBC, SBH, SBN, 2010).

Figura 4 - Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007.



Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010).

Estudos populacionais em algumas cidades brasileiras estimam uma prevalência de HAS superior a 30% da população. Nesses inquéritos foram considerados hipertensos pacientes com elevação da PA $\geq 140/90$ mmHg, e os resultados obtidos em 22 estudos foram de uma prevalência entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com maior proporção na população idosa e leve predomínio masculino. (CESARINO,2008; ROSÁRIO, 2009).

As DCV são responsáveis por um alto índice de internações hospitalares, onerando muito os gastos com a saúde pública (SBC, SBH, SBN, 2010). Em 2014 foram registradas 1.139.263 internações hospitalares por doença do aparelho circulatório no SUS, levando a um gasto de 2.130.694.169,55 reais, sem considerar ainda as principais complicações da doença hipertensiva arterial, como insuficiência renal crônica e AVE (DATASUS, 2015).

Já existe na literatura a consolidação de vários fatores de risco que, quando presentes, implicam na maior chance do indivíduo desenvolver a hipertensão arterial. Dentre esses fatores é possível se destacar uma relação linear e direta com aumento da idade, sobrepeso, obesidade, consumo de alimentos ricos em sal, ingestão de álcool, hábitos de vida sedentários, fatores genéticos e ambientais (SBC, SBH, SBN, 2010; MARTINEZ, 2006).

Figura 5 - Fatores de risco para doença cardiovascular.

■ História familiar de DAC prematura (familiar 1º. grau sexo masculino <55 anos e sexo feminino <65 anos)
■ Homem >45 anos e mulher >55 anos
■ Tabagismo
■ Hipercolesterolemia (LDL-c elevado)
■ Hipertensão arterial sistêmica
■ Diabetes melito
■ Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)
■ Gordura abdominal
■ Sedentarismo
■ Dieta pobre em frutas e vegetais
■ Estresse psico-social

Fonte: BRASIL, 2006.

A hipertensão arterial tem uma relação de causalidade importante sobre as DCV, estando seu controle adequado relacionado a uma redução significativa desses eventos (BRASIL, 2001; SBC, 2006). O diagnóstico da HAS é caracterizado pela elevação sustentada dos níveis pressóricos $\geq 140/90$ mmHg, sem uso de medicações anti-hipertensivas, em pelo menos três ocasiões. A aferição da PA deve ser realizada em toda avaliação por profissionais

de saúde (SBC, SBH, SBN, 2010). A HAS pode ser classificada em vários estágios conforme é possível se identificar na tabela abaixo:

Tabela 5 - 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

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010).

No acompanhamento ideal do paciente hipertenso é essencial a estratificação quanto ao risco cardiovascular para se avaliar a melhor conduta terapêutica, o prognóstico do paciente e, conseqüentemente, a melhor forma de cuidado. Uma ferramenta simples de uso ambulatorial é o escore de Framingham, que avalia os pacientes quanto ao risco de eventos coronarianos através da presença de fatores de risco adicionais, lesão de órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares. Esse conhecimento é de suma importância na definição das ações estratégicas em saúde e sua funcionalidade, orientando a melhor forma de cuidado e o acompanhamento (BRASIL, 2006).

É preciso sistematizar estratégias pontuais para cada perfil de risco cardiovascular, considerando-se a complexidade e a disponibilidade das ações. Devido à diversidade das opções preventivas de benefícios comprovados existentes e a capacidade de identificar os pacientes sob maior risco cardiovascular, deve-se realizar uma escolha racional das ações considerando as variáveis como efeitos indesejáveis, as preferências e os recursos do paciente, maximizando os benefícios e minimizando os custos e riscos (BRASIL, 2006).

Para Machado *et al* (2012) são inúmeros os fatores que podem influenciar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento, como o próprio paciente, as variáveis sociodemográficas e culturais, a tolerância terapêutica, aparecimento de efeitos colaterais e a disciplina. Outras

variáveis a serem consideradas nesse processo são os relacionados à prestação do serviço de saúde, destacando-se a estrutura do serviço, o acolhimento e a prática efetiva das ações de educação em saúde.

É extremamente importante que medidas de atenção integral sejam adotadas precocemente visando à prevenção da HAS e suas complicações, diminuindo assim o impacto negativo da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes. O principal desafio é transformar em ações efetivas de cuidado integral a indivíduos e comunidade o conhecimento científico e os avanços tecnológicos disponíveis e aplicá-las de forma que possam atingir o maior número possível de pessoas (BRASIL, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Após levantamentos realizado pela ESF Aparecida, através do método da Estimativa Rápida, os principais problemas detectados que atingem a população adscrita são:

- Hipertensos e diabéticos descontrolados;
- Alimentação incorreta das crianças por faixa etária;
- Alcoolismo;
- Grande volume de demanda espontânea;
- Tabagismo;
- Ineficiência do serviço de referência/contrarreferência;
- Demora para consultas especializadas;
- Alto índice de uso de psicotrópicos;
- Hábitos de vida sedentários;
- Más condições de higiene da população assistida;
- Grau de instrução da população;
- Acessibilidade.

6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Após a identificação dos problemas pela ESF Aparecida, estes foram analisados quanto a sua relevância (alta, média e baixa), urgência (de 0 a 7), capacidade de enfrentamento (dentro, fora ou parcial) e ordenados conforme sua prioridade.

Tabela 6 - Classificação de prioridades para problemas identificados no diagnóstico da ESF Aparecida, 2015.

Principais Problemas	Relevância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de prioridade
Hipertensos e diabéticos descontrolados	Alta	7	Dentro	1º
Alimentação incorreta das crianças por faixa etária	Alta	5	Dentro	2º
Alcoolismo	Alta	5	Dentro	3º
Grande volume de demanda espontânea	Média	4	Parcial	4º
Tabagismo	Média	4	Dentro	5º
Ineficiência do serviço de referência/contrarreferência	Média	4	Parcial	6º
Demora para consultas especializadas	Média	4	Fora	7º
Alto índice de uso de psicotrópicos	Média	4	Parcial	8º
Hábitos de vida sedentários	Média	3	Dentro	9º
Más condições de higiene da população assistida	Baixa	2	Dentro	10º
Grau de instrução da população	Baixa	2	Parcial	11º
Acessibilidade	Baixa	2	Fora	12º

Fonte: Elaborado pelo autor com base no texto: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 81-90.

6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

A HAS é uma afecção de alta prevalência e um importante problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis (VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2010, p.8). Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos estipulam uma prevalência de HAS superior a 30%. Na área de abrangência da ESF Aparecida, no município de Capelinha-MG, a HAS é também a principal morbidade enfrentada, porém com uma prevalência aproximada de 11% da população adscrita. Esse hiato entre a prevalência nacional

e da ESF Aparecida pode ser explicado pela ausência de políticas efetivas que identifiquem, estratifiquem e acompanhem num processo de cuidado continuado, sustentado pela educação permanente, os pacientes hipertensos.

6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para DVC e têm aumentado sua incidência ao longo dos anos. Isso pode ser explicado pelos hábitos de vida cada vez mais sedentários da população e consumo de alimentos industrializados ricos em sódico, conservantes, açúcares e gordura, e consequente aumento da população obesa e sobrepeso mesmo em pacientes mais jovens. O desconhecimento dessa doença e suas complicações, muitas das vezes silenciosas, fazem com que a população não siga corretamente o tratamento que tem como base a mudança do estilo de vida, resultando em situações irreversíveis com alto índice de morbi/mortalidade.

6.5 SELEÇÃO DOS "NÓS CRÍTICOS"

A identificação da causa do problema é fundamental para o desenvolvimento de práticas que possam interferir positivamente sobre esse, melhorando os indicadores de saúde da população. Após análise realizada pela ESF Aparecida ficou determinado como principais "nós críticos" para abordagem do paciente hipertenso na área de abrangência da unidade são:

- Desconhecimento da população sobre a doença (riscos, complicações, etc.);
- Caráter silencioso/assintomático da doença;
- Hábitos e estilo de vida sedentários;
- Processo de trabalho da ESF.

6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES

Quadro 1 - Desenho das operações para os "nós" críticos da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF Aparecida, 2015.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Desconhecimento sobre a doença	+ Saber Informar a população sobre os risco da doença e importância do tratamento.	Oferecer aos pacientes o conhecimento sobre sua doença e os cuidados necessários para atenuar o impacto desta sobre suas vidas.	Grupos operativos com palestras por profissionais da área da saúde e troca de experiências entre pacientes.	Financeiros: arrecadação de verba para confecção de material educativo como cartazes, folders, recursos multimídia. Organizacionais: local para realização do grupo operativo; recursos multimídia; organização da agenda da equipe. Cognitivo: conhecimento profundo pela equipe do tema que será transmitido. Político: articulação intersetorial (assistência interdisciplinar); adesão dos profissionais; liberação do local para realização do grupo.
Caráter silencioso/assintomático da doença	Saúde no Dia a Dia Monitorar pacientes hipertensos e rastrear novos casos de hipertensão arterial.	Captar novos casos de hipertensos e identificar aqueles mal controlados.	Campanhas de aferição de PA em ambientes/eventos públicos.	Financeiro: auxílio financeiro para aluguel da tenda, confecção de panfletos e cartão do hipertenso. Organizacionais: profissionais capazes de aferir a PA, tenda para instalação da equipe, aparelhos para aferição da PA. Cognitivo: conhecimento da técnica certa de aferição da PA; saber orientar o paciente a procurar o serviço de saúde. Político: liberação do espaço público e da equipe para realização da atividade.

Quadro 1 - Desenho das operações para os "nós" críticos da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF Aparecida, 2015 (*continuação*).

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida sedentários	Caminhada da saúde Combater o sedentarismo com prática de atividade física regular.	Redução da população hipertensa sedentária e consequentemente a morbi/mortalidade inerente ao mal controle pressórico.	Organizar/incentivar práticas de atividades físicas coletivas regulares como caminhadas comunitárias. Estratificar o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos.	Financeiro: folhetos educativos com atividades físicas domiciliares e informações sobre alimentação saudável; contratação de educador físico. Organizacionais: agendar veículo para transporte dos paciente para academia ao ar livre da cidade (localizada em bairro distante). Sugerir aos gestores a instalação de academias da cidade em ambiente próximo à unidade, facilitando as condições de acesso dos usuários da unidade. Cognitivos: conhecimento da técnica correta e adequação individualizada da prática de atividade físicas aos pacientes. Políticos: liberação de veículo para transporte dos pacientes para academia ao ar livre da cidade, contratação de educador físico.
Processo de trabalho da ESF	Cuidar + Sistematizar o cuidado do paciente hipertenso através da educação permanente e do cuidado continuado. Treinamento da equipe.	Assistência/cobertura total da população hipertensa da área adscrita.	Reuniões regulares para discutir o processo do cuidado do paciente hipertenso e análise dos resultados obtidos e efetividade das propostas.	Organizacional: cadastramento e estratificação de riscos de todos os hipertensos da área, facilitar o acesso do hipertenso a consulta; sistematizar a renovação de receitas. Cognitivo: saber reconhecer o paciente hipertenso e se está adequadamente controlado. Treinamento da equipe.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no texto: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 81-90.

6.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Para análise da viabilidade do plano de ação é importante que se conheça os recursos críticos, aqueles indispensáveis para sua realização, e a capacidade de resolução dessas situações pela equipe.

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos da má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos adscritos pela ESF Aparecida, 2015.

Operação/Projeto	
+ Saber	<p>Financeiro: arrecadação de verba/patrocínio para confecção de material educativo como cartazes, folders, recursos multimídia.</p> <p>Político: articulação intersetorial (assistência interdisciplinar); adesão dos profissionais.</p>
Saúde no Dia a Dia	<p>Financeiro: auxílio financeiro para aluguel da tenda, confecção de panfletos e cartão do hipertenso.</p> <p>Organizacional: aparelhos para aferição da PA.</p> <p>Político: liberação do espaço público e da equipe para realização da atividade.</p>
Caminhada da saúde	<p>Financeiro: folhetos educativos com atividades físicas domiciliares e informações sobre alimentação saudável; contratação de educador físico.</p> <p>Político: liberação de veículo para transporte dos pacientes para academia ao ar livre da cidade, contratação de educador físico.</p>
Cuidar +	<p>Organizacional: facilitar o acesso do hipertenso a consulta médica, sistematizar a renovação de receitas.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor com base no texto: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 81-90.

6.8 ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO

Quadro 3 - Proposta de ações para motivações dos atores controladores dos recursos críticos para viabilidade do plano operativo.

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saber +</p> <p>Informar a população sobre os risco da doença e importância do tratamento.</p>	<p>Financeiro: arrecadação de verba/patrocínio para confecção de material educativo como cartazes, folders, recursos multimídia.</p> <p>Político: articulação intersetorial (assistência interdisciplinar); adesão dos profissionais.</p>	<p>Prefeito Municipal</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto</p>
<p>Saúde no Dia a Dia</p> <p>Monitorar pacientes hipertensos e rastrear novos casos de hipertensão arterial.</p>	<p>Financeiro: auxílio financeiro para aluguel da tenda, confecção de panfletos e cartão do hipertenso.</p> <p>Organizacional: aparelhos para aferição da PA.</p> <p>Político: liberação do espaço e da equipe para realização da atividade.</p>	<p>Prefeito Municipal</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto</p>

Quadro 3 - Proposta de ações para motivações dos atores controladores dos recursos críticos para viabilidade do plano operativo (*continuação*).

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Caminhada da saúde</p> <p>Combater o sedentarismo com prática de atividade física regular.</p>	<p>Financeiro: folhetos educativos com atividades físicas domiciliares e informações sobre alimentação saudável; contratação de educador físico.</p> <p>Político: liberação de veículo para transporte dos pacientes para academia ao ar livre da cidade, contratação de educador físico.</p>	<p>Prefeito Municipal</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto</p>
<p>Cuidar +</p> <p>Sistematizar o cuidado do paciente hipertenso através da educação permanente e do cuidado continuado.</p>	<p>Organizacional: facilitar o acesso do hipertenso a consulta médica, sistematizar a renovação de receitas.</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto</p>

Fonte: Elaborado pelo autor com base no texto: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 81-90.

6.9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Quadro 4 - Plano operativo.

Operações/Projetos	Resultados	Produtos	Responsáveis	Prazo
Saber + Informar a população sobre os risco da doença e importância do tratamento.	Oferecer aos pacientes o conhecimento sobre sua doença e os cuidados necessários para atenuar o impacto desta sobre suas vidas.	Grupos operativos com palestras por profissionais da área da saúde e troca de experiências entre pacientes.	Equipe de Saúde (ACS, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem). Equipe do NASF (nutricionista, fisioterapeuta).	Apresentar o projeto em um mês. Prazo de dois meses.
Saúde no Dia a Dia Monitorar pacientes hipertensos e rastrear novos casos de hipertensão arterial.	Captar novos casos de hipertensos e identificar aqueles mal controlados	Campanhas de aferição de PA em ambientes/eventos públicos.	Coordenador da atenção básica. Equipe de Saúde (ACS, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem).	3 meses
Caminhada da saúde Combater o sedentarismo com prática de atividade física regular.	Redução da população sedentária hipertensa e consequentemente a morbi/mortalidade inerente ao mal controle pressórico	Organizar/incentivar práticas de atividades físicas coletivas regulares como caminhadas comunitárias. Estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos.	Coordenador da atenção básica. Equipe do NASF (nutricionista, fisioterapeuta).	3 meses
Cuidar + Sistematizar o cuidado do paciente hipertenso através da educação permanente e do cuidado continuado.	Assistência/cobertura total da população hipertensa da área adscrita.	Reuniões regulares para discutir o processo do cuidado do paciente hipertenso e análise dos resultados obtidos e efetividade das propostas.	Equipe de Saúde (ACS, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem). Equipe do NASF (nutricionista, fisioterapeuta).	3 meses

Fonte: Elaborado pelo autor com base no texto: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 81-90.

6.10 GESTÃO DO PLANO

O monitoramento das ações será realizado através de reuniões de equipe com os coordenadores dos programas em intervalos regulares a serem definidos conforme a necessidade de atenção de cada projeto, e também pela planilha elaborada para o acompanhamento dos pacientes hipertensos. No início da aplicabilidade das operações ficou definido que reuniões mensais serão realizadas, onde discutiremos as principais dificuldades, os resultados e propostas para melhorias das ações. Um espaço nos grupos operativos será reservado à população para expor suas dúvidas e propor sugestões.

Quadro 5 - Planilha de acompanhamento dos pacientes hipertensos adscritos na ESF Aparecida, Capelinha-MG.

Indicadores	Momento atual (mês abril 2015)		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Números	%	Números	%	Números	%
Hipertensos esperados	907	30				
Hipertensos cadastrados	332	11				
Hipertensos confirmados	332	11				
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	0	0				
Hipertensos controlados	162	5				
Complicações de problemas cardiovasculares	0	0				
Internações por causas cardiovasculares	3	1				
Óbitos por causas cardiovasculares	1	0,03				

Fonte: Elaborado pelo autor com base no texto: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 81-90.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica do processo de trabalho é uma variável que deve ser avaliada constantemente com a finalidade de aprimorar a assistência prestada ao paciente, através de práticas de promoção e prevenção de doenças, bem como acompanhamento, tratamento e reabilitação efetiva.

A hipertensão arterial foi identificada como grande morbidade que assola a população adscrita pela ESF Aparecida, responsável por grande demanda do serviço de saúde. Devido ao alto índice de morbi/mortalidade inerentes ao seu mal controle e seu caráter passível de modificação com ações de promoção de saúde, os pacientes hipertensos foram selecionados pela equipe como os maiores beneficiários de estratégias de promoção a saúde através da elaboração de um projeto intervencionista. A partir desse projeto, espera-se a diminuição do impacto social decorrente da hipertensão arterial e suas complicações nos pacientes adscritos na ESF Aparecida, bem como o aprimoramento do processo de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006. p56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p102.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde. In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010. p. 81-90. Disponível em: <https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/63529/mod_scorm/content/6/UNIDADE3.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

CESARINO, C.B. *et al.* **Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto**. Arq Bras Card, 2008; 91(1): 31–5.

DEPARTAMENTO de Informática do SUS - DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Consultado em: dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**: Capelinha. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311230&search=minas-gerais|capelinha>>. Acesso em: 15 junho 2015.

MACHADO, M.C.; PIRES, C.G.S.; LOBÃO, W.M. **Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença**. Ciênc. Saúde Coletiva, 2012; 17(5): 1365-74.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. **Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Melito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica**. Arq Bras Cardiol 2006; 87: 471–479.

MICHAELIS. Disponível em: <<http://www.michaelis.com.br/busca?id=pNYY>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2016.

ROSÁRIO, T.M. *et al.* **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres MT**. Arq Bras Card 2009; 93(6): 672–8.

SISTEMA de Informação da Atenção Básica - SIAB. **Informações em Saúde**. Consultado em: jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1–48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95(1 supl.1): p. 1-51, 2010.

ANEXO A

Escore de Framingham Revisado para Homens.

ETAPA 1

IDADE	
Anos	pontos
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

LDL- colesterol	
mg/dl	pontos
<100	-3
100-129	0
130-159	0
160-169	1
>=190	2

HDL- colesterol	
mg/dl	pontos
<35	2
35-44	1
45-49	0
50-59	0
>=60	-1

Pressão Arterial

	Diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>100
Sistólica <120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

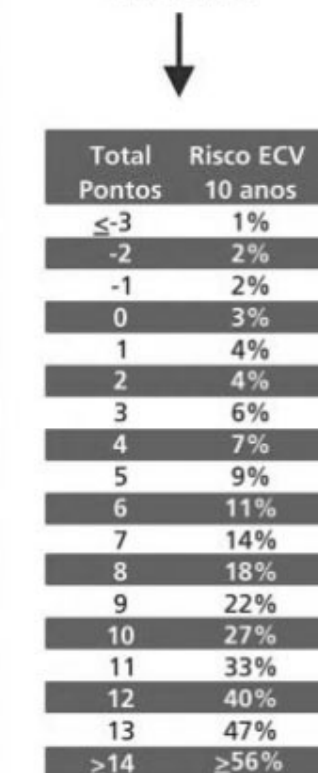
Diabete	
	pontos
Não	0
Sim	2

Tabagismo	
	pontos
Não	0
Sim	2

ETAPA 2



ETAPA 3



ANEXO B

Escore de Framingham Revisado para Mulher.

